



UNIVERSIDAD DE CHILE  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

# Hacia un nuevo modelo de intervención para mujeres afectadas por violencia intrafamiliar:

Algunos aportes desde la experiencia clínica en el COSAM de Conchalí

**Memoria para optar al Título de Psicóloga**

*Autora: Sara Graham*

*Profesor patrocinante: Dr. Hugo Rojas Olea*

## ÍNDICE

I. DATOS GENERALES.....	p. 2
II. RESUMEN.....	p. 3
III. INTRODUCCIÓN.....	p. 4
3.1 Políticas públicas pasadas y actuales en temática de VIF.....	p. 10
3.2 Antecedentes Teóricos.....	p. 15
a) Concepciones de la Violencia Intrafamiliar.....	p. 15
b) Concepciones de la Violencia Intrafamiliar desde el Estado Chileno.....	p. 16
i. Sernam.....	p. 16
ii. Ministerio de Salud.....	p. 20
c) Modelos teóricos utilizados para intervenir en Violencia Intrafamiliar actualmente.....	p. 22
3.3 Antecedentes Empíricos.....	p. 27
a) Propuestas de Intervención del Sector Público para VIF.....	p. 27
i. Sernam.....	p. 27
ii. MINSAL.....	p. 29
iii. Algunas evaluaciones de las estrategias implementadas por el Estado en materia de violencia intrafamiliar.....	p. 39
b) Los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar y la Violencia Intrafamiliar.....	p. 42
c) Exposición de proceso psicoterapéutico con paciente víctima de violencia en el COSAM de Conchalí.....	p. 46
IV. OBJETIVOS.....	p. 53
V. DESARROLLO.....	p. 53
5.1 Análisis crítico de los planteamientos teóricos utilizados por el Estado para entender el fenómeno de la violencia intrafamiliar.....	p. 54
a) Las Teorías de Género.....	p. 54
b) Modelo Ecológico, Modelo de Competencias y Modelo de Trabajo en Redes.....	p. 58
5.2 Análisis crítico de la metodología implementada para tratar a mujeres víctimas de violencia por parte del Estado chileno.....	p. 61
5.3 Análisis crítico del modelo de intervención para mujeres víctimas de violencia en el COSAM de Conchalí.....	p. 64
5.4 Aportes a la comprensión de la violencia intrafamiliar desde el Psicoanálisis.....	p. 69
VI. CONCLUSIONES.....	p. 77

VII. BIBLIOGRAFÍA..... p. 83

VIII.APÉNDICES..... p. 86

## I. DATOS GENERALES

Título de la Memoria:

Hacia un nuevo modelo de intervención para mujeres afectadas por violencia intrafamiliar: *algunos aportes desde la experiencia clínica en el COSAM de Conchalí*

Nombre del autor:

Sara Graham Mullins

Nombre del profesor patrocinante:

Dr. Hugo Rojas Olea

Profesionales Colaboradores en la investigación:

- Leticia Durán, asistente social, actual encargada de programa VIF, COSAM Conchalí
- Pablo Madriaza, psicólogo clínico, encargado de programa VIF hasta agosto 2010, COSAM Conchalí.
- Daniela Yañez, psicóloga clínica Programa VIF, COSAM Conchalí

## II. RESUMEN

Esta investigación nace a partir de la práctica profesional de la investigadora, luego de atender a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el COSAM de Conchalí. En base a dicha experiencia, se efectuó una revisión bibliográfica de los mecanismos implementados por parte del Ministerio de Salud, además del análisis de un caso clínico, para determinar las razones por las cuales los tratamientos a su cargo tuvieron poca efectividad, poniendo énfasis en las fallas teórico-metodológicas de las intervenciones propuestas para dicha problemática. Se demostró que dichas intervenciones generalmente sólo presentan indicaciones prácticas, y carecen de hipótesis explicativas desde una mirada psicológica. Por otro lado, el operar de la institución genera problemas metodológicos, ya que no se efectúan fiscalizaciones regulares y hay pocas capacitaciones para funcionarios en la materia. Así, se pudo establecer una fuerte conexión entre las carencias del Ministerio y los desperfectos del modelo de atención del COSAM de Conchalí.

**Palabras claves:** *violencia intrafamiliar, modelo de atención, Ministerio de Salud, COSAM*

### ABSTRACT

This investigation came to be after the internship of the investigator at the Centre for Family Mental Health (COSAM) in Conchalí, where she worked with female victims of domestic violence. Based on this experience, a bibliographical revision of the mechanisms implemented by the Ministry of Health was realised, as well as the analysis of a clinical case, to determine the reasons why the treatments under her responsibility were of poor effectiveness, putting emphasis on the theoretical and methodological flaws of the interventions recommended for said problem. It was shown that the proposed interventions generally only contain practical indications, and lack explicative hypotheses from a psychological point of view. On the other hand, the Ministry's deficiencies create a series of methodological problems, as a result of its reluctance to regularly monitor and train its staff in the matter. Therefore, a strong connection was established between the

shortcomings of the Ministry and the imperfections in the Centre's model for clinical attention.

**Key words:** *domestic violence, patient guidelines, Ministry of Health, COSAM*

### III. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Victimización realizado por el Ministerio del Interior el año 2008, el 35,7% de las mujeres chilenas ha sido víctima de algún tipo de violencia durante sus vidas a manos de otros familiares, especialmente cónyuges. Dentro de este grupo, un 24,6% de las mujeres ha sufrido violencia física menos grave, el 15,6% ha sufrido agresiones sexuales y el 15,0% ha vivido un episodio de violencia física grave (MINSAL, 2010). Por lo demás, según una de las mayores autoridades en violencia intrafamiliar en Chile, el Servicio Nacional de la Mujer, "*Chile se encuentra posicionado con el porcentaje más alto, de los países mencionados, respecto a violencia sexual*" (Sernam, 2010, p. 4) con un 15,6% y se ubica en tercer lugar en la zona, tras Perú y Colombia, cuando de violencia física se trata (op. cit).

Asimismo, una investigación del Servicio Nacional de la Mujer (Sernam) del año 2002 sobre la prevalencia de la violencia intrafamiliar arrojó cifras preocupantes. Muestra que la mitad de las mujeres entrevistadas en la Región Metropolitana entre las edades de 15 y 49 años ha sufrido algún tipo de violencia a manos de una pareja actual o anterior. El estudio además confirma que este problema no es único a un estrato socioeconómico en particular, aunque los números ascienden en sectores más pobres de la capital. En los estratos alto y medio-alto, casi 40% de las mujeres habrían vivido situaciones de violencia en sus hogares en algún momento de sus vidas, mientras que en los estratos más bajos, alrededor del 60% de las mujeres ha experimentado este tipo de situación (Provoste, 2007).

La autora Patricia Provoste, miembro de la Unidad Mujer y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), comisión regional de las Naciones Unidas, también hace mención del aumento de denuncias de violencia intrafamiliar con el paso de cada año, de acuerdo a las cifras proporcionadas por Carabineros de Chile. Así, en el año 2000, hubo un total de 53.545 denuncias por violencia doméstica, para llegar a las 86.840

denuncias en el año 2004. Al respecto, plantea Provoste: *“es probable que este incremento no se deba al aumento de casos sino a una mayor disposición a denunciar. No obstante, da cuenta de cómo la Violencia Intrafamiliar se ha convertido en un problema de seguridad ciudadana”* (Provoste, 2007, p. 13). Dada esta prevalencia, el Estado ha debido asumir un rol cada vez más activo en la lucha contra la violencia intrafamiliar mediante una variedad de medidas. Una de ellas ha sido la instalación de programas intensivos para proveer asistencia a los afectados de esta grave problemática en sus centros de atención.

Fue en uno de dichos centros que tuve mi primera aproximación profesional a la problemática de la violencia intrafamiliar. Habiendo obtenido el grado académico de Licenciatura en Psicología a fines del año 2009, fui aceptada en el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de la comuna de Conchalí de la Región Metropolitana para realizar mi práctica profesional a partir de marzo de 2010. En este contexto, me desempeñé como psicóloga clínica en el Programa de Adultos y en el Programa de Violencia Intrafamiliar. Es a partir de la experiencia práctica en este segundo programa, atendiendo a mujeres víctimas de violencia conyugal durante aproximadamente ocho meses – desde marzo hasta octubre de 2010 –, que surge la problemática a investigar en este escrito.

La presente investigación toma como punto de partida la experiencia clínica de atención a una paciente mujer de la comuna de Conchalí, quien, por distintos motivos, llegó a un espacio de psicoterapia individual para trabajar sobre una dinámica de violencia en su relación de pareja. La paciente presentaba algún grado de sintomatología depresiva al comenzar sus tratamientos psicoterapéuticos en mayo de 2010, además de tener el diagnóstico psiquiátrico de “Trastorno de la Personalidad Limítrofe”. Durante el transcurso del proceso psicológico, la sintomatología en ella fue disminuyendo en alguna medida. Por ejemplo, ya no existía ideación suicida al finalizar la terapia y algunos síntomas asociados a la depresión (insomnio, anhedonia) habían desaparecido casi en su totalidad, hecho que influyó en la decisión de la paciente de no continuar atendiendo con otro profesional después de mi partida del centro, ya que reportaba “sentirse mucho mejor”.

A pesar de lo anterior, mi evaluación personal del tratamiento es que fue, a grandes rasgos, un fracaso, en tanto no logró producir ningún cambio a largo plazo de las dinámicas de violencia, sumisión y control que operaban en la vida amorosa de la mujer, y la razón por la que ella se encontraba atendiéndose en el Programa de Violencia Intrafamiliar. Esto, a pesar de que la mayor parte de las intervenciones que utilicé iban enfocadas directamente a la problemática específica de la violencia doméstica de las cuales era víctima - en desmedro, muchas veces, de la exploración de otros temas importantes en su vida.

Evidentemente, dicho 'fracaso' podría atribuirse a muchísimos factores. Entre ellos, mi inexperiencia como psicóloga clínica, la corta duración del tratamiento (alrededor de 7 meses), la falta de compromiso de la paciente, la gravedad de su trastorno psiquiátrico, las interrupciones a los tratamientos (producidas por dos paros de salud durante el año), entre otros. Sin embargo, dichas variables no logran explicar satisfactoriamente por qué hay una tasa tan alta de reincidencia de este tipo de paciente en general, una ineffectividad generalizada de los tratamientos para mujeres 'víctimas' (y hombres 'agresores' también) del Programa de Violencia Intrafamiliar del COSAM de Conchalí. A pesar de que es extremadamente complejo medir la efectividad real de los procesos terapéuticos realizados para pacientes de dicho programa, el equipo estimaba en las reuniones semanales de las que fui partícipe, que los pacientes que son dados de alta con éxito del programa, volverán alrededor de dos a tres veces a tratar el mismo problema de violencia en algún momento de sus vidas.

Así, conforme a esta estimación del equipo del Programa VIF y de acuerdo a mi propia experiencia empleando los modelos de atención propuestos para tratar dicha problemática, se hace factible aseverar que parte del problema yace en las mismas intervenciones utilizadas.

De lo anterior se desprende la necesidad de realizar un análisis crítico de la eficacia de los modelos de intervención utilizados para tratar a mujeres rotuladas de víctimas de violencia intrafamiliar en el COSAM de Conchalí. Asimismo, y muy ligado a lo anterior, es imperioso revisar las medidas implementadas por el Ministerio de Salud en los centros dependientes de él para mujeres afectadas por violencia doméstica. Esto, para intentar

identificar las debilidades de los programas instalados actualmente en la Red de Salud Pública en dicha materia.

En este sentido, creo pertinente y necesario intentar dar respuesta, desde mi propia experiencia en la temática, a los puntos en que está fallando la planificación de los objetivos sanitarios del Ministerio de Salud en violencia intrafamiliar. Haré esto mediante un análisis crítico de las falencias de las intervenciones psicológicas utilizadas actualmente para tratar dicha problemática. Para esto, se tomará el ejemplo específico del trabajo clínico realizado con una paciente víctima de violencia conyugal en el COSAM de Conchalí.

De esta manera, en relación a lo ya expuesto, se proponen las siguientes preguntas como eje guía del presente trabajo:

- *¿Cuáles son las estrategias de intervención que utiliza el Ministerio de Salud para tratar el problema de la violencia intrafamiliar en Chile?*
- *¿Cuáles son las posibles falencias teóricas y/o metodológicas de dichas estrategias?*
- *¿Qué fallas teóricas y/o metodológicas presenta el modelo de atención empleado para tratar a mujeres víctimas en espacios de Psicoterapia Individual dentro del Programa de Violencia Intrafamiliar del Centro Comunitario de Salud Mental Familiar de Conchalí como consecuencia de las deficiencias a nivel ministerial?*

Dicha reflexión resulta de gran relevancia si se considera que las cifras de la violencia doméstica en Chile son “alarmantes”, de acuerdo al Servicio Nacional de la Mujer. Esto, a pesar de los esfuerzos enérgicos por parte de legisladores por erradicar el problema a través de una variedad de políticas públicas de prevención, implementadas a nivel primario, secundario y terciario, desde principios de la década de los 90. Dichas políticas han estado enfocadas, por un lado, a brindar una mayor homogeneización de derechos



entre hombre y mujer y, por otro, a proteger cada vez más a la mujer vulnerada en sus derechos a través del aparato legal. Se ha visto también como en las últimas dos décadas de democracia, se han creado diversos servicios y programas de reparación dentro del ámbito público para prevenir este tipo de problema y tratar a los agresores y víctimas. Sin embargo, también ha sido posible observar que dichas medidas no han logrado una mejoría efectiva y visible en cuanto a la incidencia de la violencia intrafamiliar en nuestro país.

Por otra parte, el tópico del presente escrito es relevante, si se toma en consideración que en la actualidad no existe una propuesta teórica específica, ni una metodología rigurosa, de parte del ámbito público para intervenir en espacios de psicoterapia individual con mujeres que sufren violencia a manos de sus parejas.

Así, a pesar de los logros alcanzados por los gobiernos de las últimas dos décadas en esta materia, aún no se ha diseñado una propuesta de intervención concreta para orientar a los psicólogos y/o psiquiatras a cargo de los tratamientos terapéuticos. De acuerdo a la lógica imperante, el único soporte teórico y metodológico existente se materializa en algunos manuales escritos por el Ministerio de Salud y en escasas capacitaciones. A partir de éstos, cada centro dependiente del Estado debe definir sus propias pautas a seguir. Así, finalmente son los profesionales los que son directamente responsables de formular su propia manera de abordar este problema, utilizando para esto, lineamientos generales de las prioridades sanitarias en salud mental pública. Pero, por sobre todo, los propios criterios, conocimientos y experiencia.

Este hecho resulta complejo en tanto el Ministerio de Salud no puede velar por una paridad metodológica, una efectividad comprobable o 'supervisable'. En este sentido, se hace difícil asegurar la calidad de la atención brindada a pacientes víctimas y agresores de los programas estatales de violencia intrafamiliar, lo cual evidentemente pudiese estar generando graves dificultades para subsanar este problema en Chile.

Respecto de las proyecciones del presente estudio, se espera generar mayor conciencia de las debilidades existentes en las formas de concebir el problema de la violencia intrafamiliar desde el Estado chileno, como también los reglamentos implementados para

actuar en el ámbito. Como ya se ha mencionado, el personal de cada centro comunitario debe formular sus propios modelos de intervención para la violencia doméstica, razón por la cual se cree pertinente aportar, en un plano teórico, con propuestas y orientaciones innovadoras de intervención en esta materia.

Por lo demás, se plantea la necesidad de repensar y replantear las temáticas consideradas necesarias a trabajar en un espacio individual de psicoterapia con mujeres víctimas de violencia. Esto, para pesquisar los contenidos que pudiesen estar faltando, aquellos que los actuales modelos de intervención pudieran estar obviando. Se espera, de esta forma, contribuir a una reformulación del tipo de intervención que se emplea para tratar a pacientes mujeres de las características ya expuestas.

Para tal fin, se revisarán aportes provenientes desde el Psicoanálisis ya que, a mi parecer, dicho cuerpo teórico es capaz de comprender de mejor forma los mecanismos que están en la base de las relaciones de pareja donde opera la violencia. En mi opinión, también puede suministrar con más claridad, las razones por las cuales mujeres como la paciente que yo atendí en el COSAM de Conchalí, deciden seguir en relaciones que les significa gran perjuicio psicológico y físico. Esto, a pesar de haber completado procesos terapéuticos intensivos enfocados a resolver tales situaciones.

Por último, se considera importante participar en una de las tareas más importantes del profesional psicólogo: la reflexión crítica de su quehacer. En este caso particular, pensar sobre la calidad de la atención brindada a mujeres que sufren violencia a manos de sus parejas. Así, se anticipa que la presente investigación podrá servir de referencia futura para otros profesionales de la salud mental que trabajan con mujeres que sufren violencia en sus hogares y se espera que de pie a la realización de investigaciones similares en el futuro. Esto, con el fin de perfeccionar los modelos de intervención para las víctimas de violencia intrafamiliar que se atienden en programas de salud pública en el país.

De acuerdo a los objetivos planteados en el presente escrito, se tomó la decisión de emplear una metodología de tipo cualitativo, específicamente una revisión bibliográfica complementada con el análisis de un caso clínico.

### 3.1) Políticas públicas pasadas y actuales en temática de Violencia Intrafamiliar

Para ir adentrándose en el tema principal del presente escrito, se hace necesario comenzar por exponer detalladamente la manera en que la problemática de la violencia intrafamiliar ha sido abordada por el Estado chileno hasta ahora.

En concordancia con la información recolectada de variadas fuentes, se aprecia que la violencia intrafamiliar solo empieza a ser concebida como un tema significativo y de alta gravedad en la década de los 80 en esta región. Esto, a pesar de que en países de Europa y en Estados Unidos sale a la luz pública durante los movimientos feministas de la década de los 60 (Araya, 2003). En América del Sur, dicho destape ocurre en medio de una atmósfera de protesta en contra de las dictaduras y la violencia ejercida por ellas, en la que algunos grupos de mujeres se atreven por primera vez a hablar de la violencia que ellas experimentan en sus propios hogares. Sin embargo, en Chile recién con la llegada de la democracia a partir del año 1989, es que la violencia intrafamiliar va incorporándose a la agenda pública como un **problema** que puede y debe ser tratado por el Estado. En este mismo año, Chile ratifica la *Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979 (Sernam, 2009a).

El primer hito hacia el reconocimiento real de la violencia conyugal como un problema de índole público y legal fue la creación del Servicio Nacional de la Mujer (Sernam) en el año 1991 bajo la Ley N° 19.023, con el fin de “*promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres*” (Sernam, 2012). Dicha acción por parte del gobierno de Patricio Aylwin, obedece a “*los compromisos internacionales contraídos por Chile al ratificar la Convención de Naciones Unidas sobre Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y suscribir otros acuerdos que recomiendan a*

*los países que organismos de alto nivel se encarguen de impulsar el progreso de las mujeres” (Sernam, 2012).*

Con la creación del Sernam, se implementa por primera vez en Chile un *Programa Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar*, el cual tiene como objetivo inicial promover el reconocimiento de la temática por parte del ámbito público.

Desde 1991 hasta 1993 aproximadamente, se intenta “*desarrollar acciones que [permitan] conocer la magnitud y complejidad del problema e involucrar a los distintos actores sociales acerca de la necesidad de abordar integralmente este problema*” (Bustos, 2002, p. 1). En el año 1994 se reconoce por primera vez la existencia de la violencia en la familia jurídicamente con la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 19.325, y se implementan dispositivos para la sanción y regulación de tales situaciones (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2005). Se incorpora, además, el *Plan Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Salud y Violencia* a los programas de salud pública y el Ministerio de Educación implementa el programa *Escuelas para la Paz* (Sernam, 1994).

Entre los años 1995 y 1996, el Ministerio de Salud (MINSAL) intenta dar respuesta a la problemática de la violencia intrafamiliar mediante la designación de los equipos del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS) para la atención especializada a víctimas de este problema. Esta decisión se efectúa tomando en consideración la gran expectativa y demanda que la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar crea en relación a terapias reparatorias para los afectados, tomando en cuenta los limitados recursos materiales y técnicos de los centros comunitarios de salud mental (Sernam, 1994; Provoste, 2007). A pesar de que el PRAIS suele brindar atención psicológica únicamente a víctimas de actos de violencia ocurridos durante la dictadura militar, se justifica esta política bajo la lógica de que la violencia intrafamiliar pudiese constituir una secuela más de la represión cultural y estatal de los años de dictadura.

No obstante, la medida suscita objeciones por parte de algunos profesionales de los equipos PRAIS, quienes argumentan que “*no [corresponde] mezclar problemas*

*vinculados a la violencia de Estado con la violencia producida al interior de la familia”* (Provoste, 2007, p. 19). Dicho impasse es subsanado a través de la determinación de dar a los equipos PRAIS la posibilidad de elegir asumir o no la atención a víctimas de violencia intrafamiliar, de acuerdo a sus propios criterios y convicciones. Para los equipos que finalmente deciden brindar asistencia psicológica a las víctimas de violencia doméstica, no se elabora un modelo común para abordar esta problemática por parte del MINSAL. Más bien, los mismos equipos PRAIS se ven obligados a formular sus propias propuestas de intervención de acuerdo a algunas orientaciones generales entregadas por el Ministerio y en base a sus propias capacidades y conocimientos en el tema (Provoste, 2007).

Luego, en el año 1997, el Gobierno define a la violencia intrafamiliar, además del maltrato infantil, como prioridad programática de las políticas de salud para el período 1997 – 2000. De esta forma, el *Programa Nacional de Prevención de la Violencia Intrafamiliar* replantea sus objetivos en cuanto a las formas de intervenir en la población chilena. Se toma la decisión de comenzar a intervenir a nivel primario – específicamente, en las escuelas. Para los profesionales encargados de definir las metas de dicho programa, la escuela es concebida como la *“instancia clave para la mantención y reproducción de las pautas culturales, dado el papel que juegan en el proceso de socialización de género y el uso o tolerancia que existe en la escuela de algunas formas de violencia como medio de control social”* (Bustos, 2002, p. 2).

De esta forma, se plantea que *“el Sistema educacional está en una posición privilegiada para poder influir en el problema de la violencia intrafamiliar”* (Sernam, 1994, p. 4). Esto, porque la escuela constituiría un espacio idóneo para detectar oportunamente factores de riesgo asociados a la violencia doméstica. Donde sería posible, además, entregar mensajes educativos a alumnos y sus familiares para *“modificar los patrones de la cultura patriarcal que avalan el maltrato al interior de las familias”* (op. cit.)

Conforme con este supuesto, una de las primeras iniciativas realizada por el Sernam en el contexto de las nuevas líneas programáticas planteadas, es la implementación de talleres regionales para niños de la educación básica denominadas *Talleres de resolución no*

*violenta de conflictos: Educación, cultura y cambio*. Dichos talleres tienen como base dos contenidos fundamentales: los Derechos Humanos y la Perspectiva de las Relaciones de Género. Con ellos, se intenta orientar y guiar a los docentes de los estudiantes de primer y segundo año de la educación básica a fomentar en los niños relaciones simétricas. Se busca, así, instaurar ambientes en los que el conflicto no está prohibido, pero donde se promueve la resolución pacífica de éstos. Donde existan las condiciones aptas y necesarias para el desarrollo de una autoestima adecuada en cada alumno, especialmente los de sexo femenino (Bustos, 2002).

Por lo demás, durante la década de los 90 unos 15.000 funcionarios del servicio público de salud son capacitados para lidiar de mejor manera la violencia doméstica (**Rojas Chandía, P., Cam Loo, Y., 2005**). Como parte de esta iniciativa, Chile sigue la tendencia regional, ratificando en 1998 la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*, aprobada por la Organización de los Estados Americanos (OEA) en 1994 (Sernam, 2009). En el mismo año, el MINSAL publica por primera vez un *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar*, apuntando a capacitar técnicamente a los profesionales de la salud mental pública que atienden a mujeres, niños y personas de la tercera edad que han sufrido maltrato físico, sexual o psicológico.

En la última década se han hecho más esfuerzos por parte del Estado para combatir y erradicar la violencia al interior del hogar. En el año 2001 el Ministerio de Salud define la violencia intrafamiliar como prioridad programática en el área de salud mental (Provoste, 2007) y el Sernam crea 121 redes locales de prevención de las agresiones contra mujeres en el año 2003. En esta misma época, el *Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar* se extiende a las 13 regiones del país, implementando talleres de capacitación para más de 6.000 personas y creando veintitrés Centros de Atención Integral para Mujeres y Familias Víctimas de Violencia Intrafamiliar.

De esta manera, durante el año 2004 unas 5.000 mujeres ingresan a dichos centros de atención para recibir tratamiento relacionado con violencia intrafamiliar, y para esa fecha, ya 12.448 mujeres han sido beneficiadas con la cobertura pública en esta materia (**Rojas Chandía, P., Cam Loo, Y., 2005**).

Finalmente, en el año 2005 se promulga la *Ley de Violencia Intrafamiliar* N° 20.066, que “*sanciona la violencia interpersonal cuando existe una relación que involucra algún grado de dependencia afectiva, económica y social entre la persona que agrede y la que es agredida, aunque la agresión no ocurra en un domicilio común*” (MINSAL, 2010, p. 57), perfeccionando la ley anterior en esta materia. Ésta sanciona por primera vez, con penas de cárcel, a las personas encontradas culpables de haber ejercido la violencia contra una pareja actual o anterior. Además, dicha ley establece como objeto “*prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma*” (Larraín Cruz, R, 2005, p. 1).

Por lo demás, dicho decreto plantea una serie de medidas a seguir, entre las cuales uno de los objetivos viene siendo el desarrollo de “*planes de capacitación para los funcionarios públicos que intervengan en la aplicación de esta ley*” (op. cit.). De acuerdo a lo que explica el documento, el Sernam es el encargado de revisar y evaluar las políticas públicas existentes en materia de violencia intrafamiliar, para luego recomendar medidas a tomar con el afán de mejorar el problema en tres ámbitos: su prevención, sanción y erradicación (Larraín Cruz, R., 2005).

Un documento del Ministerio de Salud del año 2011 señala que el Sernam dispone actualmente de 90 Centros de Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar y en el año 2009, dicho organismo atendió a un total de 20.992 mujeres víctimas de este tipo de delito. Por otra parte, este servicio cuenta con 25 Casas de Acogida para mujeres víctimas y sus hijos, que reciben alrededor de mil personas anualmente.

Adicionalmente, cabe observar otros tipos de tácticas utilizadas por el Estado para incidir en la disminución de la violencia intrafamiliar a lo largo de los últimos veinte años. Por ejemplo, desde el año 1992 a la fecha, el Sernam lanza anualmente una campaña comunicacional “*con el fin de sensibilizar a la opinión pública sobre la Violencia hacia las Mujeres*” (Sernam, año desconocido), medida que ha tenido éxito para poner el tema en el tapete. Dichas tácticas parecen haber influido en la conciencia colectiva del país, reflejándose en la aparición cada vez más frecuente de noticias relacionadas con la violencia doméstica en los medios de comunicación, especialmente aquella concernientes a asesinatos de mujeres perpetuados por sus actuales o ex parejas. Dicho fenómeno es

denominado “femicidio”, término acuñado por la antropóloga mejicana Marcela Lagarde, tanto por los medios de comunicación como por los propios legisladores y gobernantes. De esta manera, en años recientes la violencia doméstica se convierte en un tópico de relevancia nacional.

### 3.2) **Antecedentes Teóricos**

#### a) **Concepciones de la Violencia Intrafamiliar**

Se sabe que existe una variedad de calificativos para denominar el fenómeno de la violencia que se produce en el contexto de una relación amorosa. Por ejemplo, en Bolivia se utiliza el término “violencia contra la mujer” para nombrar a dicho fenómeno; en Brasil se habla de “violencia doméstica”; en España se denomina “violencia de género”. En este país (y también en Costa Rica) se usa la expresión “violencia intrafamiliar” para hacer referencia a esta problemática (Provoste, 2007). Sin embargo, se argumenta que el uso del concepto de “violencia intrafamiliar” en Chile *“oscurece el hecho de que las principales víctimas de la violencia son las mujeres y que esta violencia es ejercida principalmente por hombres, en un contexto de discriminación social y cultural”* (op. cit., p. 12). Los autores de algunos movimientos feministas particularmente, manifiestan su rechazo hacia cualquier terminología que no haga referencia al hecho de que las personas más afectadas por este tipo de violencia son de sexo femenino.

Por esta razón, un gran número de autores especializados en el tema de la violencia intrafamiliar optan por emplear términos como “violencia de género” (Castillo, 2005) o “violencia contra la mujer por parte de su pareja” para recalcar su carácter sexista y opresiva (Provoste, 2007).

La presente investigación hará empleo de la diversidad de términos que existen para denominar a este problema, abogando a la legitimidad de la usanza de diferentes nominaciones por parte de distintos autores y países, y también por parte de la población chilena en general. Sin embargo, este escrito tratará específicamente el problema de la



violencia ejercida contra mujeres por parte de sus parejas en última instancia, debido a las características del caso clínico utilizado en el presente. En cuanto a los distintos tipos de violencia que pueden existir en una pareja, se considerará como violencia conyugal cualquier agresión psicológica, física, sexual y/o económica sostenida en el tiempo.

#### b) Concepciones de la Violencia Intrafamiliar desde el Estado Chileno

A continuación, se discute en profundidad de qué forma es concebida la violencia conyugal por los dos organismos chilenos más importantes en dicha materia, a saber el Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Salud. Esto, para aclarar las concepciones teóricas sobre las cuales ambas instituciones basan su trabajo y trazan las formas de intervenir en la población afectada por la violencia al interior de la pareja.

##### i) Sernam

De acuerdo a lo anteriormente explicitado, se hace evidente que en este país el Servicio Nacional de la Mujer juega un rol fundamental en la temática de la violencia intrafamiliar. Es uno de los máximos referentes en la materia y la principal organización pública encargada con la tarea de velar por el cumplimiento de las leyes propuestas por el Estado en su lucha por disminuir la incidencia de la violencia doméstica en Chile. Además, se considera pertinente revisar las contribuciones del Sernam para la comprensión de la violencia intrafamiliar, debido a la coordinación entre éste y el Ministerio de Salud en materia de violencia intrafamiliar. En este sentido, dicho servicio se ha encargado de publicar algunos textos dirigidos específicamente a capacitar a funcionarios públicos que trabajen con víctimas de violencia.

Según la bibliografía disponible, la definición que mejor representa la forma en que el Servicio Nacional de la Mujer entiende la violencia intrafamiliar se puede resumir con las siguientes palabras: *“toda forma de abuso sea física, psicológica-emocional, sexual y/o económica, que tiene lugar en la relación de pareja, sin importar la legalidad del vínculo. Son prácticas abusivas ejercidas por una persona con quien la mujer tiene o ha tenido*

*una relación afectiva de pareja –novio/a, marido o conviviente-, sea que el/la agresor/a comparta o haya compartido el mismo domicilio” (Sernam, 2009b, p. 8).*

Dicha definición está basada claramente en la idea de una víctima femenina, una concepción que define a la mujer como la que sufre necesariamente a manos de su pareja. Como dice su nombre, el Servicio Nacional de la Mujer está enfocado a ayudar a las ciudadanas de sexo femenino, por lo que, de acuerdo a sus propósitos y metas, en ningún momento se hace referencia a la posibilidad de una víctima masculina de violencia intrafamiliar.

El punto anterior resulta de gran relevancia cuando se revisan los escritos que el Sernam tiene sobre el problema de la violencia intrafamiliar y se aprecia que una gran parte de dicha bibliografía concibe y explica el problema de la violencia desde la perspectiva de las **diferencias de género**. Para la institución anteriormente mencionada, la violencia ejercida contra la mujer en una relación amorosa tiene su base en las desigualdades que existen entre hombres y mujeres, concepción que se alinea con los planteamientos establecidos por varios organismos internacionales. Por ejemplo, *La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer* de la OEA “define la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta, **basada en su género**, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Provoste, 2007, p. 9).

De acuerdo al documento *Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja* del Sernam, la violencia contra una mujer se produce incluso antes de sufrir algún golpe o insulto, mediante una dominación simbólica. Esto, porque el sujeto ‘mujer’ aprendería a aceptar y asumir como propias una serie de pautas culturales cotidianas que la posicionan en un lugar de inferioridad frente al hombre (o más bien, frente a la figura masculina). Con esta naturalización del lugar más débil de la mujer, plantea el Sernam, “*ambas partes aprenden a despreciar a la mujer dominada y a respetar la autoridad masculina*” (Sernam, 2009b, p. 9).

En relación a este último punto, el enfoque de Género plantea que se debe considerar necesariamente las formas en que la sociedad en la cual uno está inserto establece y

‘enseña’ a los sujetos qué es ‘ser hombre’ y qué es ‘ser mujer’. A este respecto, se sostiene que en una sociedad dada, existirían “estereotipos sexuales”, una serie de creencias que se tienen sobre los rasgos y capacidades de una persona de un sexo u otro, de acuerdo a las características biológicas y psicológicas de dicha persona. Por otro lado, este enfoque mantiene que el género es un constructo social y que los rasgos característicos de uno u otro no vienen dados por las diferencias anatómicas necesariamente. Así, *“desde la perspectiva del género, los roles son impuestos, en formas diversas, sobre las/os individuos y las colectividades por el sistema social”* (Sernam, 2009a, p. 18).

Dicha idea implica que hay familias, y por tanto individuos, que poseen concepciones más y menos estrictas acerca de lo que es la masculinidad y la feminidad, donde pesan más o menos los estereotipos sexuales ya mencionados. De acuerdo a los autores del texto, *“existen numerosos estudios que describen que en aquellas relaciones donde hay violencia en la pareja, sus miembros se han criado por lo general en familias donde los roles sexuales estaban rígidamente pautados. Estas formas de relación profundamente enquistadas en la subjetividad son las que enfrentadas a cualquier cambio y dificultad, pueden desembocar en violencia”* (Sernam, 2009a, p. 18). Aparentemente, la aparición de una dinámica de violencia intrafamiliar en una relación de pareja estaría entonces estrechamente relacionada con los primeros aprendizajes en la vida de las personas involucradas, además de los modelos que éstas han tenido de la feminidad y masculinidad.

Por lo demás, el texto *Abordaje Psicosocial y Jurídico para Víctimas de Violencia Intrafamiliar* del Sernam, postula que la noción de la violencia siempre implica la utilización de la fuerza por sobre otra persona dentro de un contexto de desequilibrio de poder. Plantea que la violencia intrafamiliar en particular suele darse en familias que tienen una estructura vertical, en las que los abusos efectuados dependerían de dos factores: el poder y el género. Al respecto, dice que el poder en dichas familias da génesis a una discriminación basada en el género y la edad, donde el sujeto femenino se ubica naturalmente en una posición inferior al sujeto masculino. En relación a la variable de género específicamente, se sugiere que está *“[ligada] a estereotipos culturales que atribuyen más valor a lo masculino y ubica a la mujer en un orden jerárquico inferior,*

*desde una perspectiva jurídica y también psicológica*” (Corsi, 1994; Ravazzolla, 1992; Walters, 1994 en Sernam, 1994, p. 6).

De igual manera, el Servicio Nacional de la Mujer pone gran énfasis en el carácter traumático que deja la vivencia de una situación de violencia intrafamiliar en sus víctimas. Nuevamente, su documento *Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja*, rescata los planteamientos de autores como Carla Crempien Robles para enfocar el problema de la violencia doméstica desde el punto de vista de una “experiencia traumática”, entendiéndose ésta como “*un acontecimiento de alta intensidad, que se encuentra fuera de las expectativas de ocurrencia en la experiencia habitual, que implica una amenaza o daño severo a la integridad física, psicología o del entorno de quien lo sufre*” (Sernam, 2009b, p. 12).

Al considerar esta definición, plantea el organismo, sería mucho más fácil comprender el comportamiento de mujeres victimizadas por sus parejas en tanto un evento de tal magnitud y cronicidad en el tiempo inevitablemente tendría como consecuencia, una desorganización severa de la personalidad, además de una disminución importante de la capacidad de la víctima para enfrentar el problema que le aqueja. Se plantea que las personas sufriendo de un cuadro de estrés por un episodio prolongado de traumatización a manos de un ser querido presentaría una serie de síntomas ‘crónicas’ e ‘irreversibles’. Por ejemplo, “*cambios distintivos de la personalidad, actitud hostil o desconfiada hacia el mundo, aislamiento social, sentimiento de vacío y desesperanza, sentimiento crónico de estar “al filo”, sentimiento de amenaza constante y enajenamiento*” (op. cit).

Otra secuela grave de la experiencia de violencia al interior de la pareja, plantea el documento, sería la identificación con el/la agresor/a. En los casos en que se produce dicha dinámica, la víctima intentaría convertirse en lo que su victimario espera que sea mediante el sometimiento total, olvidándose de sus propios deseos. La persona agredida haría esto para sobrellevar la situación de peligro, para intentar sobrevivir de la mejor manera una amenaza constante. Dicho ajuste implicaría necesariamente una disociación grave de la personalidad, una “*expulsión de la conciencia de los propios sentimientos y percepciones que resultan intolerables [y que] dan paso para conocer y hacer propios los sentimientos del/la agresor/a, incluida la culpa, por lo que la víctima se siente culpable,*

*siente que hay algo malo en ella y por lo tanto causante de la agresión”* (Sernam, 2009b , p. 13). Este funcionamiento resultaría finalmente en una ‘respuesta traumática continuada’ o en la ‘revictimización’.

De acuerdo a esta premisa, las conductas autodestructivas presentes en muchas mujeres violentadas por sus parejas se harían mucho más comprensibles. Estos son, por un lado, la dificultad que experimentan para dejar a sus parejas abusadoras definitivamente y, por otro lado, la tendencia a buscar nuevas relaciones con parejas que las vuelven a abusar. Dicho fenómeno sería posible de explicar, de acuerdo a la teoría de la revictimización, a partir de una búsqueda compulsiva por parte de la víctima del trauma original, en un intento por adquirir el control sobre éste. En el escrito ya mencionado, se postula que las víctimas de violencia intrafamiliar vuelven a experimentar el trauma continuamente, y en varios niveles: en lo conductual, afectivo, fisiológico e, incluso, neuroendocrinológico.

Así, el comportamiento que presentan las personas víctimas de violencia crónica correspondería a una ‘reactuación’ de un trauma que han debido internalizar para sobrevivir, con el fin último de apropiarse de dicho daño, convirtiéndose en agentes activos (y no pasivos) de las situaciones de violencia.

De esta forma, los postulados expuestos en dicho escrito del Servicio Nacional de la Mujer constituyen uno de los pocos intentos por parte de un organismo estatal por proveer una mirada enfocada desde el punto de vista de la víctima de violencia en la pareja. Dicho hecho preocupa si se toma en consideración que esta publicación no constituye, de ninguna manera, un documento oficial, ni está dirigida a orientar a los especialistas que trabajan con víctimas de violencia en su quehacer profesional. Además, como se verá a continuación, al parecer dichos conocimientos teóricos no son compartidos por el Ministerio de Salud, el único organismo directamente responsable de planificar y supervisar las atenciones brindadas a pacientes afectados por la violencia intrafamiliar en el sistema de salud público.

ii) Ministerio de Salud

Como ya se explicitó, el otro gran referente público en materia de violencia intrafamiliar debe ser, ineludiblemente, el Ministerio de Salud chileno. Es el único estamento gubernamental capacitado para diseñar e implementar, además de crear medidas de seguimiento y evaluación para, actividades realizadas en todo establecimiento público de salud. De tal manera, el MINSAL es la autoridad en lo que respecta a las intervenciones terapéuticas que se realizan tanto con las 'víctimas' como con los 'agresores' partícipes del llamado "ciclo de la violencia" en el sistema de salud estatal.

De acuerdo al documento *Objetivos Estratégicos en Salud* del año 2010, el Ministerio de Salud chileno hace una distinción clara entre violencia intrafamiliar en general, y violencia ejercida contra una mujer en particular. Al respecto, la manera en que dicho organismo concibe la violencia conyugal se puede resumir con las siguientes palabras: "*Violencia doméstica es el abuso físico, sexual o emocional que ocurre en un hogar o por un miembro de una familia a otro. En Chile, la denominación utilizada para este tipo de violencia es —violencia intrafamiliar (VIF), término que utiliza la Ley N°20.066, del año 2005, que sanciona la violencia interpersonal cuando existe una relación que involucra algún grado de dependencia afectiva, económica y social entre la persona que agrede y la que es agredida, aunque la agresión no ocurra en un domicilio común. La violencia doméstica más frecuente ocurre cuando **un hombre agrede o abusa de una mujer**, y en estos casos, se considera **violencia basada en género***" (MINSAL, 2010, p. 57).

Siguiendo con esta misma lógica, el MINSAL sostiene que la mayor parte de los actos de violencia al interior del hogar son perpetuados por hombres en contra de mujeres, y que la salud de la población masculina adulta no se ve afectada mayormente por hechos de violencia doméstica. En este sentido, el Ministerio concuerda con los planteamientos del Sernam, en tanto asocia la prevalencia de la violencia doméstica con factores asociados con las diferencias entre hombres y mujeres. Sin embargo, clarifica que la violencia que nace a partir de dichas diferencias "*no es atribuible a las características biológicas ligadas al sexo, sino por estereotipos y relaciones de género y por lo tanto, son injustas, innecesarias y corregibles*" (op. cit.). Añade que los factores que pudiesen dar origen a la violencia doméstica son variadas, pero considera que una "*cultura de subordinación de las mujeres, tradicionalmente restringidas al ámbito doméstica*" (MINSAL, 2010, p. 57-58) es el más importante.

El documento nombrado hipotetiza que la creciente prevalencia aparente de violencia doméstica en los últimos tiempos pudiese estar relacionada con grandes cambios sociales que se están produciendo a partir de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Plantea que dicho hecho pudiese ser un factor atribuyente a la génesis de una dinámica violenta en la pareja, ya que la mayor autonomía, independencia económica y ampliación de redes sociales de parte de la mujer pudiese causar tensiones en la estructura familiar. Esto, *“sin la correspondiente adecuación de las relaciones de poder y los estereotipos de masculinidad”* (MINSAL, 2010, p. 58). No obstante lo anterior, reconoce que muchos actos de violencia al interior de la pareja estarían ligados a factores individuales, como el abuso de alcohol y psicopatologías presentes en los agresores.

Por lo demás, dicho texto del Ministerio de Salud describe brevemente el proceso que se produce al interior de una pareja en relación a la violencia conyugal. Detalla que comienza con agresiones verbales y no verbales repetidas (acoso, reclusión, privación de recursos físicos, financieros, personales, etc.), para luego desembocar en agresiones más graves como el aislamiento social, el control y la dependencia, la violencia física y eventualmente la violencia sexual. El ciclo de la violencia doméstica se daría en tres fases principales: fase de tensión, fase de agresión y fase de calma o remisión. En la primera se produce una tensión que se va acumulando, y ante la cual la mujer intentaría retrasar la agresión a través de la sumisión. En la segunda, se produce una *“explosión de la tensión acumulada causando daños psíquicos y físicos en la mujer, incluso la muerte”* (op. cit.). Finalmente, en la tercera etapa, también conocida como la *“fase de luna de miel”*, el agresor se arrepiente y busca reconciliarse con su pareja.

Cabe mencionar, con respecto al punto anterior, que fue imposible encontrar algún documento oficial que proveyera una explicación de este ciclo de violencia en la pareja desde el punto de vista de la mujer, más allá de las hipótesis relacionadas con el género. Dicho de otro modo, el Ministerio de Salud, a diferencia del Servicio Nacional de la Mujer, pareciese no tomar en consideración los factores individuales de las víctimas de violencia intrafamiliar que pudiesen contribuir a la génesis, la cronificación y el mantenimiento en el tiempo de la violencia doméstica.

c) Modelos teóricos utilizados para intervenir en Violencia Intrafamiliar actualmente

De acuerdo a la información recopilada hasta el momento, es posible afirmar que en Chile tanto el Servicio Nacional de la Mujer, como el Ministerio de Salud son las principales instituciones responsables de implementar y asegurar que las personas afectadas por violencia intrafamiliar puedan recibir un tratamiento reparador para salirse del ciclo violento en el cual se encuentran atrapados. Dichos tratamientos son diseñados, tanto para las víctimas, como para los agresores, sobre los marcos conceptuales ya expuestos.

De esta forma, estos aparatos dependientes del Estado han debido estudiar y elegir un modelo teórico que se adecúa a sus postulados en relación a la violencia contra la mujer, para encontrar la mejor propuesta para intervenir terapéuticamente en la población afectada. A este respecto, Provoste opina que al momento de diseñar una metodología de intervención, es importante que *“todos los agentes públicos que tienen actuación en este campo, [conozcan] los instrumentos internacionales vigentes, [adopten] su conceptualización y los [apliquen] en su accionar de modo permanente y pleno”*. (Provoste, 2007, p. 11).

En relación a dichos instrumentos internacionales, existen numerosas publicaciones latinoamericanas (Cabrera, P., Calderón, L., Cevallos, E., de La Torre, M., Velasteguí, J., 2008; Castillo, 2005; Ministerio de Salud de Panamá, 2002) que afirman que existiría un modelo teórico capaz de responder a las necesidades expuestas. Éste sería apto para abordar la violencia doméstica de forma multidimensional y es recomendada por La Organización Mundial de Salud (OMS) como la más adecuada para tratar a los afligidos por la violencia conyugal.

De esta forma, y siguiendo con los lineamientos de organismos internacionales, se estima que desde mediados de la década de los 90 aproximadamente, se promueva la utilización del Modelo Ecológico en variados ámbitos de la salud mental estatal en Chile, incluyendo el de la violencia intrafamiliar. De acuerdo al Sernam, *“en la actualidad, el modelo que mejor da cuenta de la complejidad de la violencia es el modelo ecológico, el cual incluye aspectos de marcos explicativos psicológicos, sistémico-familiares, socio-económicos y socioculturales”* (Sernam, 2009b, p.10).



En el documento *Análisis de la Violencia en las Relaciones de Pareja entre Jóvenes*, publicado por el Sernam en el año 2009, se explicita que existen muchos modelos explicativos para comprender la violencia en general, y la violencia intrafamiliar en específico. Sin embargo, el texto plantea que el mejor modelo para ayudar a la comprensión de dicho fenómeno es el Modelo Ecológico desarrollado por Urie Bronfenbrenner en el año 1979. Al respecto plantea: *“la violencia es un fenómeno complejo, en el que están presentes como detonante factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos. El modelo ecológico aglutina de alguna manera, diversas explicaciones de la violencia, constituyéndose en un modelo que incorpora distintos factores presentes en la situación de violencia y permite analizar la interacción sistémica de estos factores”* (Sernam, 2009a, p. 16). De acuerdo a esta descripción, se hace posible discernir cuatro niveles de factores de riesgo: variables que podrían explicar la génesis de una dinámica de violencia en una relación de pareja.

Así, según el Modelo Ecológico de Violencia, el primer nivel, llamado “individual”, está relacionado con factores personales o biológicos, en el que se incluyen variables como la propia historia, el consumo de drogas, trastornos psiquiátricos y antecedentes de violencia en el seno de la familia originaria. Dicho modelo mantiene que en este primer nivel, *“las mujeres son socializadas y modeladas a situarse de manera sumisa y secundaria en sus relaciones y los hombres en un lugar superior y de dominio”* (Sernam, 2009b, p. 11). Como es posible apreciar, dicha idea está ligada estrechamente con las concepciones que tienen el Sernam y MINSAL acerca de la génesis de la violencia en torno a la variable de género.

En el segundo nivel, denominado “microsistema”, se encuentra como factor de riesgo principal el entorno inmediato; es decir, las relaciones familiares, de amistad, amorosas y con compañeros de la escuela o el trabajo que pudiesen justificar e incluso incentivar actos de violencia. El tercer nivel, conocido como “exosistema”, está relacionado con la comunidad y en este punto, se intenta analizar de qué forma el contexto comunitario (escuelas, trabajo, barrio en que uno vive) pudiese influir en la legitimación de la violencia como forma de resolver conflictos.

Por último, en un cuarto nivel, a nivel del “macrosistema”, se toman en consideración las normas sociales y culturales que *“avalan o invisibilizan las conductas de violencia a través de su naturalización, cobrando especial mención en este nivel todas aquellas prescripciones que construye –y ha construido- la sociedad para el ser de mujeres y hombres, condicionamientos que se transforman en el sustrato ideológico de las conductas violentas”* (Sernam, 2009b, p. 18).

Como es posible apreciar, la principal entidad gubernamental encargada de erradicar la violencia intrafamiliar en Chile, el Sernam, le da una importancia enorme al entorno social en la generación de dinámicas violentas dentro de una relación amorosa. En este sentido, las variables familiares, sociales, políticas, económicas, entre otras, a las cuales una persona es expuesta durante el transcurso de su vida, y tal vez especialmente durante la niñez, determinarían en gran medida si dicha persona podría avalar algún tipo de violencia (o ejerciéndola o recibéndola) dentro de su relación de pareja en algún momento de su vida adulta.

Otra publicación del Sernam del año 1994, confeccionada junto con la Pontificia Universidad Católica de Chile para el *Programa de Capacitación a Funcionarios Públicos*, también aprueba la utilización del Modelo Ecológico para afrontar problemas psicosociales como la violencia conyugal. El documento argumenta que, a partir de la década de los 90, fue necesario un cambio de las concepciones que se tenían sobre la salud mental a través de la sustitución del modelo médico imperante por modelos comunitarios alternativos que los autores denominan Modelos de Bienestar Psicosocial o de Competencias (Arón, 1992 en Sernam, 1994). Dichas teorías incluirían los planteamientos del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner, en tanto no centran sus metodologías de intervención únicamente en el individuo. Más bien, apuntan a un abordaje holístico e integral de problemas como la violencia intrafamiliar mediante la promoción de la salud en varios ámbitos, sobre todo a nivel del “exosistema”. Por otro lado, focalizan sus esfuerzos en la prevención primaria y en las intervenciones tempranas, más que en las intervenciones tardías (cuando ya se ha producido el problema).

Así, esta nueva forma de concebir la salud mental impulsa una remodelación del sistema público de salud en base a dos modelos: el de Competencias (o de Bienestar Psicosocial) y el de Trabajo en Redes.

El Modelo de Competencias introduce una nueva lógica de la salud mental que está enfocada a reducir la necesidad de la atención individual mediante una política de empoderamiento de la comunidad. Estas medidas permitirían devolver al consultante las facultades y potencialidades para enfrentar los problemas que le afectan de forma más autónoma, basadas en una relación de confianza entre el especialista y su paciente. El profesional encargado del caso, confiaría en las capacidades tanto de su paciente, como de otros equipos de trabajo dentro de la red asistencial, para resolver un problema dado. De acuerdo a esta idea, el tratante *“[acepta] que ninguna profesión tiene el monopolio sobre el bienestar psicosocial de la comunidad”* (p. Sernam, 1994, 22-23).

A este respecto, plantea el texto: *“a partir de los nuevos desarrollos teóricos ha surgido el modelo de salud mental centrado en las “competencias”. Su foco de intervención cambia de los tratamientos y rehabilitaciones hacia los niveles preventivos, siendo su objetivo disminuir el riesgo de los problemas psicosociales y de los desórdenes en toda la población **más que centrarse en grupos o individuos específicos**”* (Sernam, 1994, p. 21).

Por otro lado, el Modelo de Redes opera bajo el supuesto de que la mejor forma de intervenir en los problemas que aquejan una comunidad determinada es mediante el trabajo en redes y la colaboración intersectorial o interdisciplinaria. Esto, porque *“el apoyo social que otorgan las redes ha demostrado ser un factor muy importante al evaluar el impacto que las crisis de vida tienen en las personas. Un creciente cuerpo de evidencia empírica indica que existiría una relación entre las reacciones patológicas frente a situaciones de crisis y el pronóstico de esas patologías y la existencia de redes sociales activas”* (Sernam, 1994, p. 27)

Esta modalidad de trabajo evitaría de mejor manera la reproducción por parte de los profesionales de paradigmas paternalistas y de control social que operan al interior de las parejas donde existe violencia. Esto, porque el Modelo de Redes promueve en todo nivel,

el “intercambio igualitario” de recursos e información entre los distintos sectores de la red, además de considerar a los integrantes de la comunidad los principales agentes activos en la búsqueda de soluciones a sus dificultades.

### 3.3) **Antecedentes Empíricos**

#### a) Propuestas de Intervención del Sector Público para Violencia Interfamiliar

##### i) Sernam

El texto antes mencionado del Sernam, denominado *Abordaje Psicosocial y Jurídico a Víctimas de la Violencia Intrafamiliar* (1994), y elaborado específicamente para capacitar a trabajadores del sector público, hace una propuesta de modelo de atención para víctimas (sin especificar de qué características) de violencia intrafamiliar. Usando como referencia los planteamientos del Modelo de Competencias y el Modelo de Redes, los autores del antes mencionado documento plantean un *Modelo de Intervención en Crisis* para víctimas de violencia intrafamiliar.

Éste se utiliza aquí como ejemplo de los tipos de intervenciones que organismos estatales como el Sernam consideran más idóneos para estas situaciones. Por lo demás, cabe señalar que este modelo es la única propuesta de atención específica para víctimas de violencia intrafamiliar del Sernam que encontré durante la investigación y revisión bibliográfica que realicé para el presente escrito.

El *Modelo de Intervención en Crisis* es esculpido en base a la Teoría de la Crisis del autor Karl Slaikeu (1988) y concibe dos momentos para intervenir en crisis. El primer momento corresponde a la “primera ayuda” o “intervención en crisis de primer orden”. La primera

ayuda puede ser otorgada por las personas más cercanas al sujeto afectado: profesionales o cualquier otro integrante de la red social primaria (familiares, amigos, etc.). Consiste en brindar apoyo y contención, mediante “*el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento, la evaluación de riesgo de vida, [la vinculación] a los recursos de ayuda*” (Sernam, 1994, p. 34), entre otros. El segundo momento, denominado “apoyo en crisis” o “intervención en crisis de segundo orden” se orienta hacia la resolución del conflicto en sí, una vez que la persona se encuentre fuera de peligro y ha pasado la crisis inicial. A pesar de que el texto menciona las características de los dos momentos, se limita a proponer un modelo de atención solamente para la primera etapa, o de primer orden.

Se explicita que el segundo momento de intervención en crisis correspondería a un trabajo a largo plazo, que podría durar de semanas a meses. Estaría bajo el cargo de terapeutas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, monitores escolares, monitores pastorales o enfermeras y se orientaría a la “*resolución de la crisis; enfrentamiento del suceso de crisis; integración del suceso a la estructura de vida*” (Sernam, 1994, p. 35). Así, se presume que la atención psicológica individual a víctimas de violencia intrafamiliar se ubicaría en este segundo momento de intervención en crisis, aunque los autores no explicitan dicho hecho ni realizan propuestas para intervenir en este nivel.

No obstante lo anterior, en un documento más reciente del mismo organismo, *Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja*, se exponen algunas indicaciones para el clínico que recibe a una persona víctima de violencia intrafamiliar para tratamiento. Al respecto, recalca la importancia que tiene que la persona victimizada y traumatizada, establezca un vínculo significativo con alguien que no sea su victimario; que el profesional se convierta en una “figura de apego” para él o ella. Esto sería necesario para romper con el silencio, vergüenza y secretismo que permiten que se produzca y se sostenga una dinámica violenta en la pareja y, también, para que el/la paciente sienta la confianza suficiente de hablar de sus experiencias dolorosas (Sernam, 2009).

En este sentido, los autores del texto plantean que es extremadamente importante el reconocimiento del carácter traumático de este tipo de vivencia por parte del profesional. Se recomienda que el técnico jamás niegue el trauma que la víctima ha vivido, ni que sea desatento a escuchar el relato de su paciente. Dice el texto, “*si no se considera la*

*traumatización vivida por las mujeres, se cae en el riesgo de simplificar las formas en que se comportan, y no como producto del daño que la traumatización por la violencia ha dejado”* (Sernam, 2009b, p. 14).

Por lo demás, se menciona brevemente la ambivalencia que caracteriza a las víctimas de violencia intrafamiliar, y el texto advierte sobre los sentimientos de frustración, rabia e impotencia que dicha inestabilidad pudiese suscitar en el profesional tratante. Esta ambivalencia, que se manifiesta en separarse y volver a juntarse con la pareja o denunciar y luego retractarse, sería un factor que el clínico debe tomar en cuenta al momento de trabajar con víctimas de violencia intrafamiliar. Esto, para poder manejar de la mejor manera la rabia que este tipo de pacientes pudiesen generar contratransferencialmente.

En última instancia, el Sernam le recomienda al funcionario público escuchar a su paciente víctima de violencia intrafamiliar *“con toda la comprensión, ternura y sinceridad apropiada, al modo de una madre presente”* (Sernam, 2009b, p. 14). Por otro lado, sugiere tener en cuenta aspectos como la contratransferencia y la estabilidad del setting, además de proporcionar un *“yo auxiliar ante un yo fraccionado; permitir la elaboración significativa del trauma y promover el análisis de la transgeneracionalidad del trauma”* (op. cit). Nuevamente, es pertinente señalar que estas escuetas indicaciones son de las pocas propuestas concretas hechas por el sector público para intervenir con víctimas de violencia domestica a nivel individual posibles de encontrar.

## ii) MINSAL

Como ya se ha indicado, una de las tácticas empleadas por el Ministerio de Salud para tratar de asegurar una atención de calidad para las personas afectadas por violencia doméstica ha sido la elaboración de algunos instrumentos para capacitar a sus funcionarios en la materia. El primero de dichos instrumentos, del año 1998, se llama *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar* y propone como objetivo principal, dotar a todo funcionario de *“elementos técnicos fundamentales que faciliten mejorar la capacidad de detección de las situaciones de violencia en cualquiera de sus formas y manifestaciones”* (MINSAL, 1998, p. 3). Por otra parte, busca

mejorar las destrezas y habilidades de los equipos de salud mental para auxiliar a usuarios del servicio público, afectados por violencia doméstica.

En cuanto a las razones por elaborar un manual de tales características, se menciona la creciente conciencia social del problema de la violencia conyugal, lo cual ha resultado en un aumento en la demanda de atención para dicha problemática. Además, se plantea la necesidad de *“unificar criterios y desarrollar instrumentos más efectivos en la prevención y tratamiento de víctimas de violencia intrafamiliar”* (MINSAL, 1998, p. 11). Por otra parte, se reconoce que las capacidades de los equipos de salud pública son insuficientes al momento de enfrentar posibles casos de violencia intrafamiliar. Es más, se afirma que los profesionales de instituciones estatales *“[manifiestan] desconocimiento de alternativas de acción de mayor eficacia o procedimientos adecuados y expeditos. La falta de tiempo, el exceso de trabajo y la falta de capacitación para enfrentar este tipo de situaciones influye en la motivación a intervenir”* (MINSAL, 1998, p. 9).

Así, el texto propone brindar a sus funcionarios conocimientos sobre *“procedimientos a seguir, dónde derivar, cómo aprender a escuchar mejor a los pacientes, mejorar la calidad de la atención y desarrollar herramientas para el auto-cuidado personal”* (MINSAL, 1998, p. 10). Se explicita que los contenidos del documento se basan sobre una revisión bibliográfica nacional e internacional y sobre los resultados de la implementación de un proyecto piloto con los equipos de salud del Hospital Félix Bulnes y el Consultorio Lo Franco del Servicio Metropolitano Occidente de la Región Metropolitana.

A grandes rasgos, las indicaciones contenidas en dicho manual siguen la misma lógica de aquellas propuestas por el Sernam en materia de violencia intrafamiliar, enfatizando, ante todo, la importancia de una conformación multidisciplinaria de los equipos de salud mental que tratan a sujetos afectados por este tipo de problema. Argumenta que una ordenación de estas características facilitaría la coordinación, tanto dentro del mismo sistema de salud, como también con entes del “exosistema”, permitiendo un abordaje más integral de la problemática de la violencia en el hogar.

Asimismo, se explicita que el MINSAL acoge el enfoque de género propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en concordancia con la tendencia

internacional y nacional. Por otro lado, se evidencia una fuerte influencia del Modelo Ecológico, en tanto se argumenta que la violencia siempre se ubica dentro de un contexto y *“no acontece en los individuos independientemente de su sistema social, cultural, de sus creencias, de sus valores, de sus recursos económicos y personales”* (MINSAL, 1998, p. 13). De acuerdo al Ministerio entonces, la violencia intrafamiliar se origina en creencias y aprendizajes ‘inadecuados’ e ‘injustificables’ que pueden y deben ser modificados.

De acuerdo a este pensamiento, el MINSAL les pide a sus trabajadores reflexionar sobre la manera en que ellos se enfrentan a la problemática de la violencia. De esta manera, se hace un llamado a cada profesional a tomar conciencia acerca de los propios prejuicios que pudiese poseer en relación a la violencia que se produce al interior de una relación de pareja. Como ejemplos, citan creencias erróneas como: *“La violencia en la familia es habitualmente causada por el alcohol y las drogas”* y *“A la mujer le agrada la violencia, si no, abandonaría a su pareja”* (MINSAL, 1998, p. 25). También: *“La violencia en la familia es un asunto privado y se arregla al interior del hogar”* o *“Los agresores son enfermos mentales”* (MINSAL, 1998, p. 26). Se argumenta que los integrantes de los equipos de salud no están ajenos a los prejuicios que circulan en la sociedad, y que es necesaria *“una constante revisión de ellas”* (MINSAL, 1998, p. 25), incluso si la persona lleva muchos años trabajando en el ámbito.

Además, se revisan las fases del circuito de violencia típicas de una dinámica de violencia conyugal, a saber: acumulación de tensiones, crisis o episodio agudo y arrepentimiento o luna de miel. También se hace mención de posibles secuelas, tanto físicas como psicológicas, que la violencia doméstica puede dejar en la mujer (víctima). Señala como ejemplos de las consecuencias físicas: lesiones, abortos espontáneos, embarazos no deseados, cefaleas, afecciones ginecológicas (inflamación pélvica, enfermedades de transmisión sexual), entre otros. Los síntomas psicológicos más peligrosos podrían ser: depresión, desorden de estrés post traumático, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad, trastornos psicósomáticos e intentos de suicidio. Por último, remarca que los posibles resultados más graves de la violencia intrafamiliar son el suicidio u homicidio (MINSAL, 1998).



Luego de dicha revisión, el Manual plantea una serie de procedimientos concretos a seguir cuando funcionarios de hospitales y otros centros comunitarios públicos sospechan de un caso de violencia intrafamiliar, información que se condensa después en cuatro Guías.

La primera Guía, titulada “Preparándose para Programar Acciones Sobre Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil en Programa de Salud”, habla de la necesidad de la preparación a nivel individual e institucional, además de hacer el nexo entre estas instancias y la red comunitaria. Esto implicaría reflexionar críticamente acerca de las propias creencias y experiencias en el tema para evitar comunicar mensajes negativos a los pacientes, o establecer alianzas con el agresor.

En cuanto a la institución en sí, se sugiere conocer a cabalidad la Ley de Violencia Intrafamiliar y los procedimientos legales a seguir en estos casos. Además, se propone que los equipos encargados de tratar a personas afectadas por violencia doméstica, definan las mejores estrategias a implementar de acuerdo a las políticas establecidas de cada centro. También se espera que los establecimientos estén informados y hagan uso de otras instancias dentro de la red asistencial para mejorar la respuesta ante casos de violencia intrafamiliar.

Con respecto al aspecto comunitario, se espera que los actores involucrados conozcan las ofertas de ayuda que existen en el resto de la comunidad para responder a la violencia intrafamiliar. Asimismo, *“integrar permanentemente en el desarrollo del programa de acción, recursos y actividades orientados a influir en aspectos culturales y en la responsabilidad social de la comunidad frente al problema”* (MINSAL, 1998, p. 33).

La segunda Guía se llama “Como Hacer Promoción de Relaciones Familiares Saludables” y se enfoca en las maniobras que se deben efectuar para promover relaciones familiares sin violencia. Dentro de éstas, se incluye el fortalecimiento de factores protectores como la satisfacción de necesidades básicas, poseer vínculos sociales significativos y participar en instancias comunitarias, el desarrollo y crecimiento personal y tener acceso a información y ampliar *“el conocimiento sobre aspectos asociados a la crianza y las relaciones familiares”* (MINSAL, 1998, p. 38).

Para lograr dichos objetivos, el Ministerio sugiere actuar en tres ámbitos generales: la intersectorialidad, la educación y en la comunicación social. Respecto del primero, asevera que *“la promoción en este ámbito debe conectar las acciones de salud con las de otros sectores sociales, concertando voluntades políticas y técnicas, reuniendo personas, complementando enfoques, sumando recursos de los distintos sectores”* (MINSAL, 1998, p. 38). Respecto del segundo, el texto sostiene que es de suma importancia revisar críticamente los valores familiares fuertemente arraigados en la población para *“incorporar nuevos conocimientos para ampliar el saber de las personas”* (op. cit.), lo cual es coherente con los objetivos de prevención primaria ya revisadas. Finalmente, el último ámbito de acción se refiere a los mensajes que se le entrega a la población, donde *“la comunicación social ha sido un apoyo en desprivatizar el tema de las relaciones familiares y trasladarlo a un diálogo abierto que facilite a las personas reconocer cuando sus creencias y prácticas son favorables a su salud y la de su familia, o por el contrario cuando la limitan o dañan”* (MINSAL, 1998, P. 39).

La tercera Guía propuesta por el Ministerio de Salud trata sobre la prevención de la violencia intrafamiliar, definida como *“la estrategia o conjunto de acciones orientadas a disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar y a reducir los daños en la salud asociados a esta situación”* (MINSAL, 1998, p. 41). A este respecto, se explicita que las estrategias dirigidas a prevenir este problema deben efectuarse en poblaciones que están en peligro de vivir situaciones de este tipo.

En concordancia con estos planteamientos, el Manual propone dos terrenos de acción para la prevención de la violencia doméstica: el entorno socio-cultural y comunitario y el entorno de la atención de salud. En relación al primero, dice *“la acción desde salud debe orientarse a desarrollar comunidades capaces de reconocer la existencia del problema de la violencia en la familia, dimensionar los efectos dañinos en la salud de las personas y emprender iniciativas que llamen la atención sobre el problema y faciliten el cambio”* (op. cit.). Esto significaría, como primer paso, conformar redes de trabajo que conlleve la coordinación permanente entre programas de diversas fracciones del sistema de salud público. En concreto, para esto el Ministerio encarga a sus dependencias los siguientes deberes: tener compromiso institucional mediante la destinación de recursos para el

trabajo en red; diseñar, implementar y evaluar periódicamente programas pertinentes, creados por la red en conjunto; desarrollar estrategias comunicacionales que *“hagan de la red un recurso visible a los ojos de las autoridades, de los prestadores de servicios y de las organizaciones de la sociedad”* (op. cit.).

En lo concerniente al entorno de la atención en salud, el documento postula que todo tipo de contacto con una persona afectada por violencia intrafamiliar es un espacio propicio para intentar prevenir la ocurrencia de este problema, siempre cuando se da *“en el marco de una **relación horizontal** entre el integrante del equipo y el usuario”* (MINSAL, 1998, p. 47). En este sentido, se debiese instalar un diálogo sobre las creencias y pensamientos de el/la paciente, hacer la conexión entre la violencia experimentada y otros temas relacionados y asistir en la identificación de capacidades y recursos personales, familiares y comunitarios. Adicionalmente, se recomienda incitar a la persona a tomar acciones para mejorar su calidad de vida y resolver los problemas que le aquejan.

La cuarta Guía, que lleva el nombre “Detección de Situaciones de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil” (y que se indica como Guía N° 3 - al parecer, erróneamente) aborda el procedimiento que un funcionario público debiese efectuar en los casos en que sospecha de violencia intrafamiliar. Se advierte que, a pesar de hay signos evidentes de maltrato en algunos casos, en otros es más difícil de reconocer y muchas veces, los/las mismos/as pacientes o sus acompañantes negarán que existe un problema. Por esta razón, se pone énfasis en la necesidad de buscar activamente indicadores para confirmar o descartar la presencia de violencia en la pareja.

Para detectar violencia hacia una mujer específicamente, existirían indicadores para violencia física, psicológica y sexual. La violencia física dejaría huellas de lesiones en el rostro, la cabeza, el cuerpo y/o en los genitales e influiría en la apariencia física y la presentación de la mujer. La violencia psicológica, más difícil de divisar, podría manifestarse en síntomas psicológicos y emocionales como las crisis de ansiedad, el abuso de tranquilizantes, sentimientos de temor, encierro en sí mismo o labilidad emocional, entre otros. También podría revelarse mediante síntomas relacionales como, por ejemplo, la inhibición o un cambio notorio en el estado emocional o aspecto físico. Por último, la violencia sexual podría rastrearse a través de la prohibición de la pareja de usar

métodos anticonceptivos, la presencia de indicios en los genitales poco comunes o de relaciones sexuales forzadas, y el relato de la mujer refiriendo haber sostenido relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Finalmente, la quinta y última Guía, llamada “Primera Respuesta en Situaciones de Violencia Intrafamiliar” da indicaciones extensas sobre la manera en que un profesional de la salud debiese actuar al momento de confirmar la existencia de maltrato. Dicha ‘primera respuesta’ correspondería a *“una intervención individual que integra elementos de orientación social y psicológica, la que puede ampliarse a la participación de otros miembros del equipo de salud y eventualmente a agentes de la comunidad o de otros sectores, con el fin de iniciar un proceso individual y familiar, que dé término a la violencia y permita desarrollar acciones de protección y recuperación de los efectos adversos”* (MINSAL, 1998, p. 58).

Esta acción tiene que desarrollarse en un ambiente adecuado - de confianza, privacidad y confidencialidad – en el que el profesional encargado debe asegurar una buena acogida, donde la persona se siente comprendida y escuchada, y no enjuiciada. En segundo lugar, se sugiere ‘contener los sentimientos’ mediante la legitimización por parte del tratante de las emociones que pudiese estar sintiendo su paciente, aunque éstas sean contradictorias. Además, el especialista debe poder ‘orientar empáticamente’ a través del apoyo a buscar ayuda para cambiar la situación de violencia, e identificando los recursos personales y comunitarios disponibles.

Dentro de esta ‘primera respuesta’ se espera que existan cuatro etapas generales, para los cuales el documento provee directrices específicas para orientar al profesional responsable. La primera etapa es de ‘expresión de sentimientos’, donde el funcionario debe asegurar una atmósfera que facilite el relato de la mujer. Además, se enfatiza la utilización de un lenguaje simple, directo y fácilmente comprensible en caso de que la víctima se encuentre en un estado de *shock* o confusión. La segunda etapa consiste en evaluar el riesgo vital presente, para lo cual se detallan algunas preguntas a efectuar y una lista de indicadores. En esta fase, es importante que la mujer tome conciencia en relación al riesgo que corre ella y que corren sus hijos. En el caso de que exista peligro de

homicidio, el tratante debe involucrar a otras instancias de la red asistencial y asegurar medidas de protección.

La tercera etapa involucra una devolución del relato proporcionado por la víctima, para luego suministrar información en relación a los recursos existentes en la comunidad. Es recomendable que dicha información sea clara, no muy extensa y, de preferencia, escrita, debido al posible estado de confusión o desorientación de la paciente. La cuarta etapa comprende la ‘toma de decisiones’, como por ejemplo, recurrir a familiares, amigos o vecinos; irse de la casa o solicitar resguardo policial. Esta etapa también requeriría que el profesional revise, junto con el/la consultante, las posibilidades de acción y sus consecuencias, tanto positivas como negativas, “[*reforzando*] *en todo momento su iniciativa y recursos para el cambio de la situación*” (MINSAL, 1998, p. 71).

Finalmente, se sugiere discutir y consultar el caso con otros miembros del equipo de salud para determinar acciones de apoyo y medidas de seguimiento como visitas domiciliarias o seguimiento en otros programas. Otra acción que se recomienda en esta etapa es la derivación a Grupos de Contención o Autoayuda, en los que mujeres que experimentan o han experimentado violencia en sus hogares puedan asistirse mutuamente en la superación de su problema. Dichas dinámicas grupales tendrían dos modalidades: abierta (los tópicos vistos se formulan de acuerdo a las necesidades que las mujeres plantean) y de contención guiada (de entre ocho y diez sesiones, con tópicos predefinidos). El Manual entrega una lista de temas recomendables a tratar en dichas sesiones; entre ellos se encuentra como ejemplos ‘historia de violencia’ y ‘autoestima’.

En adición a las cinco Guías ya expuestas, el Manual oficialista entrega información con respecto a los aspectos legales de la violencia intrafamiliar y propone medidas para implementar ‘módulos de capacitación’ a nivel local. Respecto a este último punto, se recomienda que los talleres de capacitación a funcionarios no excedan las diez sesiones de tres horas cada una, y que se desarrolle dos veces por semana en consultorios y una vez a la semana en hospitales. Según el texto, la metodología a utilizar debiese ser de tipo participativa, con el objetivo de cambiar conocimientos y actitudes basados en creencias erradas que obstruyen el abordaje efectivo de la violencia intrafamiliar. Se sugiere, además, “[*enfocar el tratamiento [de] los temas desde la práctica cotidiana de los lugares específicos de trabajo de los participantes. Los módulos de detección y primera*”

*respuesta deben incluir práctica concreta a través del role playing o demostraciones mediante videos. Agregar a esto el análisis de casos clínicos reales”* (MINSAL, 1998, p. 84).

Como es posible apreciar, el documento no hace referencia alguna a las formas de llevar a cabo una intervención individual a largo plazo para víctimas de violencia intrafamiliar. Tampoco establece pautas a seguir ni entrega recomendaciones para la elaboración de intervenciones psicológicas y/o psiquiátricas a este nivel, según los cuales los encargados de programas de cada centro pudiesen regirse.

Dicha tendencia es posible de observar en otros documentos confeccionados por el Ministerio de Salud más recientes también, enfocados a tratar problemas asociados a la violencia intrafamiliar. Por ejemplo, en el año 2004 se publica el texto “Normas y Guía Clínica para la Atención en Servicios de Urgencia de Personas Víctimas de Violencia Sexual” que establece el procedimiento que los funcionarios de dichos servicios debiesen seguir al momento de atender a mujeres que consultan por o presentan lesiones asociados al abuso sexual.

El documento especifica que toda víctima de este tipo de delito tiene una serie de derechos asegurados, a saber: *“a recibir un trato digno, a denunciar el delito, a ser informada de sus derechos y de la forma de ejercerlos, a solicitar protección, a obtener reparación, a ser escuchada, a interponer querrela, a participar en el proceso, a reclamar”* (MINSAL, 2004, p. 16). En relación al quinto punto específicamente – el derecho de obtener reparación – el Ministerio establece como obligaciones de sus funcionarios brindar una acogida apropiada para la víctima, efectuar una ‘exploración clínica’, que consiste en una anamnesis, un examen clínico (físico) general, un examen segmentario y una toma de muestras biológicas, para luego proveer la ‘atención’, que incluye medidas como la distribución de píldoras de Progestina Pura para evitar el embarazo no deseado y otros medicamentos para disminuir el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Dicho proceso debiese resultar en la producción de un informe médico legal en caso de que la víctima quiera denunciar el delito.

Se subraya, además, la importancia de informar a la persona afectada de sus opciones mediante “*una explicación clara y completa de los riesgos y de las posibilidades de asistencia, apoyo y atención si no cumpliera el tratamiento completo o decidiera no utilizar los métodos para evitar un embarazo. Así mismo debe conocer la posibilidad de presentar un estrés post traumático y de otras repercusiones a mediano o largo plazo en su salud mental*” (MINSAL, 2004, p. 34). Lamentablemente, esta es la única referencia hecha a las secuelas psicológicas de la violencia sexual en todo el documento, y para dichos cuadros de estrés post traumático, no existen recomendaciones claras de derivación a unidades especializadas en el tema como, por ejemplo, el Centro de Atención a Víctimas de Atentados Sexuales (CAVAS).

En lo que concierne a la violencia intrafamiliar particularmente, el intento más reciente por parte del Ministerio de Salud de implementar medidas concretas para la atención a víctimas de violencia intrafamiliar ocurre en el año 2003. En ese momento, se instala un programa piloto que tiene como resultado final, la publicación de una *Guía Clínica para la Atención Primaria: Violencia Intrafamiliar, Detección, Diagnóstico y Tratamiento* en el año 2005 (Provoste, 2007).

Dicha iniciativa se desarrolla a partir de la constatación por parte de especialistas de que existe una alta correlación entre la depresión y la violencia intrafamiliar en programas de salud mental del primero. De acuerdo a un estudio del año 2002, “*el 51,4% de las mujeres con pareja, usuarias del Programa de Depresión, refirieron haber vivido hechos de violencia durante los últimos 2 meses*” (MINSAL-Universidad de Chile, 2002 en Provoste, 2007, p. 14). Así, el Ministerio impulsa una iniciativa para capacitar a sus funcionarios con las herramientas para detectar con mayor eficacia, antecedentes de violencia en los relatos de mujeres atendidas en los servicios públicos de salud.

De esta manera, en el año 2003 se formula el *Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de las Personas afectadas por Violencia Intrafamiliar* y es instalado como proyecto piloto en tres centros comunitarios del Servicio de Salud Metropolitano Occidente de la Región Metropolitana. Luego, en el año 2004, la ejecución del proyecto piloto se expande a 30 centros en el nivel primario de salud, con el objetivo último de implementarlo definitivamente en toda Unidad de Salud Mental de la Atención Primaria de

Salud (APS). Dicha aplicación piloto da génesis a la creación de *“un modelo de intervención integral en violencia intrafamiliar, que considera la intervención médica y psicosocial, a nivel individual, grupal y familiar a personas afectadas por esta problemática”* (Provoste, 2007, p. 20).

Dicho modelo recoge las experiencias de los equipos de violencia intrafamiliar de los COSAM, con el fin de condensar y perfeccionar los procedimientos ya instalados mediante la elaboración de pautas para cada etapa de la intervención con las víctimas. Además, ateniéndose a las normas generales del Ministerio de Salud, el modelo *“otorga gran importancia a la coordinación interinstitucional y el trabajo en red, incluyendo roles definidos para los distintos actores institucionales locales, principalmente los del nivel secundario en salud y del sector judicial”* (op. cit.).

El *Modelo de Intervención Integral en Violencia Intrafamiliar para la Atención Primaria* que resulta finalmente de la aplicación del proyecto señalado es resumido por Patricia Provoste (2007, p. 21 en Apéndices, p. 86 del presente trabajo).

iii) Algunas evaluaciones de las estrategias implementadas por el Estado en materia de violencia intrafamiliar

En relación al estudio antes mencionado, encomendado por la Unidad de Mujer y Desarrollo de la CEPAL y dirigido por Patricia Provoste, la autora da cuenta de que estas acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud para tratar la violencia intrafamiliar han sido, a grandes rasgos, bastante poco exitosas. En primer lugar, se indica que los programas especializados en violencia siguen siendo de prioridad secundaria dentro los servicios públicos, donde el *“campo de acción de psicólogas/as enfrenta dificultades para legitimarse en un sistema medicalizado y hegemonizado por la profesión médica”* (Provoste, 2007, p. 23).

Por otro lado, la autora de dicha investigación manifiesta que, pese a la publicación de al menos dos documentos con orientaciones técnicas para la atención a víctimas de violencia conyugal, el empleo de los modelos propuestos por los equipos de salud es



insuficiente. Además, solamente alrededor del diez por ciento de los centros de Atención Primaria contarían con un Programa de Violencia Intrafamiliar. Remarca Provoste, *“si bien la violencia doméstica ha comenzado lentamente a ser vista como un problema que es necesario abordar desde la Atención Primaria, en la actualidad no constituye una prioridad”* (Provoste, 2007, p. 25).

Dicha inefectividad de las medidas adoptadas por el MINSAL serían atribuibles al carácter de **no obligatoriedad** del uso de los protocolos y guías clínicas existentes, a diferencia de los de otros programas dentro de los servicios de salud. Así, las indicaciones recomendadas por dicho organismo *“no tienen carácter de norma, sólo de herramienta de apoyo a los establecimientos y profesionales involucrados. En la salud chilena hay experiencia de cambios que han pasado por un período experimental, pero su instalación se ha hecho efectiva cuando el Ministerio lo establece de manera perentoria”* (Provoste, 2007, p. 24). Desafortunadamente, en el caso de la violencia intrafamiliar, dicho paso aun no se ha dado en este país.

De acuerdo a este dato, Provoste especula que las deficiencias en las políticas del Ministerio en cuanto a la violencia intrafamiliar podría explicar una escasa cobertura de las atenciones brindadas en salud primaria. Por ejemplo, en la Municipalidad de La Florida, una de las comunas que presenta mayor número de denuncias por violencia intrafamiliar, sólo 18 mujeres fueron detectadas como víctimas de abuso y derivada a nivel secundario durante el año 2005.

Asimismo, el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) de la Región Metropolitana reporta que en el transcurso del año 2005, se atendieron a 424 mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en sus diez centros de Atención Primaria, pese a que se estableció como meta para ese año, la atención de 615 mujeres. La encargada de la Unidad Modelo de Atención del SSMC, entrevistada por Patricia Provoste, habría admitido que *“las exiguas coberturas se deben a que en el caso de Violencia Intrafamiliar, las metas se fijan de acuerdo a las capacidades de atención de los servicios, y no de las necesidades de la población, que serían imposibles de cubrir con los medios actuales”* (op. cit.)

Lo que es más grave aún es que el estudio señalado declara que ningún servicio de salud a nivel primario, observado durante la investigación, habría llevado a cabo la detección de víctimas de la forma que establece el modelo diseñado para tal efecto. La aplicación de dicho dispositivo sería muy baja, incluso en los consultorios que cuentan con un programa especializado de violencia intrafamiliar. Este hecho se justificaría por *“la falta de sensibilización de parte del personal, falta de tiempo, una alta demanda de atención asistencial, desconocimiento del instrumento, falta de capacitación y/o porque la detección no es una tarea obligatoria dentro de las actividades que desarrolla el personal de salud”* (Provoste, 2007, p. 25).

Asimismo, el documento *Resultados Esperados Para Objetivos Estratégicos en Salud* del MINSAL, publicado en enero del año 2011, explicita la dificultad que ha tenido este organismo para intervenir de forma exitosa en la población afligida por violencia intrafamiliar. Se señala que pese a que el MINSAL *“ha participado en todas las instancias creadas a nivel estatal para disminuir la VIF, generadas y coordinadas por el SERNAM, ministerio que tiene estas responsabilidades es su mandato legal”* (MINSAL, 2011, p. 70), aún no se ha diseñado una política nacional concreta para enfrentar el problema de la violencia doméstica ni existen sistemas de registro comunes que faciliten su labor.

Según la información proporcionada en este texto oficial, la regulación de las prestaciones a víctimas y agresores de violencia intrafamiliar ha sido dificultosa, por decir lo menos. A pesar de que se difunden documentos de apoyo técnico a la red asistencial desde el año 1998, con los cuales se realiza “alguna” capacitación a funcionarios, el Ministerio admite que su cobertura y efectividad son restringidas. Además, se explica que *“no se cuenta con información acerca de la utilización efectiva de estos instrumentos ni de su impacto en la atención”* (MINSAL, 2011, p. 70)

Mientras el escrito habla explícitamente de una ‘atención clínica’ para agresores como el cumplimiento de una función asignada por la ley, no hace mención alguna de una atención clínica individual para las víctimas de la violencia doméstica. De hecho, la lista de servicios disponibles para mujeres afectadas por violencia bajo el *Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en Establecimientos de APS* desde el año 2004, no considera al espacio de psicoterapia individual en absoluto.

Así, las únicas prestaciones disponibles para víctimas serían: “*evaluación integral, consulta social y jurídica, intervención psicosocial grupal, derivación a redes de apoyo y, si corresponde, plan de protección*” (MINSAL, 2011, p. 71). Es posible que las terapias reparatorias para víctimas pudiesen caber dentro de la categoría ‘derivación a redes de apoyo’ – a centros de Sernam u otros centros de salud especializados en el tema – aunque no se aclara mayormente dicho hecho.

En definitiva, la única propuesta que contiene el documento estatal para mujeres víctimas es la utilización de un inventario para detectar violencia doméstica, citando que distintos estudios internacionales (de Estados Unidos, Inglaterra, Paraguay, entre otros) demuestran que puede disminuir significativamente los riesgos que corre la víctima. En este sentido, dice el texto, “*existe alguna evidencia y amplio consenso de expertos que, en la atención de urgencia, el dar oportunidad a las mujeres para hablar de la violencia, entrevistándolas solas en algún momento de la atención y preguntar directamente cuando hay sospecha o signos sugerentes, es efectivo para detectar la violencia y ofrecer orientación y apoyo, aumentando la seguridad de las mujeres*” (MINSAL, 2011, p. 74).

Se podría especular que dicha proposición correspondería a un intento por parte del MINSAL por cubrir la gran demanda de atención a víctimas de violencia intrafamiliar, considerando sus limitaciones en recursos materiales y técnicos. Si se toman en consideración las cifras proporcionadas por el MINSAL a este respecto, se hace posible inferir que dicha falta de oferta explícita de atenciones individuales para víctimas tendría que ver con la alta demanda de éstas, en comparación con la relativamente baja demanda de atención para agresores. Por ejemplo, en el año 2008 5.730 agresores fueron tratados en el servicio de salud público, mientras que 31.937 víctimas de violencia intrafamiliar fueron atendidos por la Red Asistencial Pública en el año 2009 (MINSAL, 2011).

Como es posible apreciar de acuerdo a la información expuesta hasta el momento, pareciese ser que el Ministerio de Salud ha logrado generar investigaciones y diseñar pautas para orientar al personal a su cargo en materia de violencia intrafamiliar hasta un cierto punto. Sin embargo, ha experimentado grandes dificultades para asegurar la adecuada implementación de las medidas propuestas para el problema, debido a un bajo

nivel de inversión de recursos humanos y económicos, además de una falta de fiscalización en la materia.

b) Los Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar y la Violencia Intrafamiliar

Como ya se ha mencionado, la presente investigación se origina en el trabajo clínico realizado dentro del Programa de Violencia Intrafamiliar en el Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM) de la comuna de Conchalí. De esta manera, se hace pertinente revisar brevemente el rol que dichos centros han cumplido en la lucha del Estado por reducir la incidencia de la violencia doméstica.

La primera vez que los COSAM son encargados con la responsabilidad de hacerse cargo de los protagonistas de situaciones de violencia intrafamiliar es en el año 1994 con la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 19.325. En su Artículo 5, se designa a dichos organismos, junto con los centros del Sernam y los Centros de Diagnósticos del Ministerio de Educación, con la tarea de *“controlar el cumplimiento y resultado de las medidas precautorias decretadas y de las sanciones adoptadas”* (Larraín Cruz, R., 1994, p. 5). El documento agrega que *“los organismos referidos deberán, con la periodicidad que el tribunal señale, evacuar los informes respectivos”* (op. cit.).

Asimismo, la autora Patricia Provoste indica que los COSAM son una de las primeras instituciones de este país encomendadas con la labor de proporcionar atenciones terapéuticas a los agresores y las víctimas de violencia al interior de la pareja, derivados desde los Tribunales Civiles. Para asistir con esta tarea, el Ministerio de Salud empieza a estudiar el problema en más profundidad, resultando en la confección de un Manual de orientaciones técnicas en 1998, como ya se ha visto (Provoste, 2007).

De este modo, a mediados de la década de los 90, cada COSAM del país empieza a implementar un subprograma de violencia intrafamiliar o, en su defecto, destina profesionales especializados en el tema a encargarse de las atenciones psicológicas de los afectados. Así, los centros comienzan a atender a víctimas y agresores de violencia de pareja, además de brindar prestaciones a niños y niñas víctimas de maltrato infantil. Las víctimas mujeres específicamente llegan principalmente desde Tribunales, aunque

también se reciben a personas que llegan por consulta espontánea y a otras derivadas de otros programas dentro de la misma institución (Provoste, 2007).

La metodología utilizada por dichos centros para responder a las necesidades de atención acoge los planteamientos del Ministerio de Salud y se utiliza un enfoque de Trabajo en Redes primordialmente, coordinándose con otras instituciones involucradas en el tema de la violencia doméstica (Carabineros de Chile, Consultorios de Atención Primaria, Centros de Referencia en Salud (CRS), hospitales, entre otros). Por lo demás, *“en los espacios territoriales en los que existen redes temáticas vinculada a la violencia intrafamiliar, los COSAM han tenido una activa participación y en muchas comunas han liderados estas iniciativas”* (Provoste, 2007, p. 18).

Sin embargo, se recalca que el desarrollo de modelos concretos de atención queda en manos de los mismos funcionarios de cada centro, a nivel local. De acuerdo a Provoste, los decretos del Ministerio de Salud en materia de violencia intrafamiliar obliga a cada subprograma de los COSAM a diseñar e implementar sus propios métodos para intervenir con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, tomando en cuenta las indicaciones del MINSAL anteriormente expuestas, además de basarse en las capacitaciones efectuadas en la materia. Señala claramente que no se desarrolla un modelo general de intervención grupal y/o individual *“que [haga] comparable la metodología utilizada y la efectividad de las intervenciones”* (Provoste, 2007, p. 18).

No obstante lo anterior, la autora rescata algunos puntos comunes en los modelos trazados y empleados en dichos centros comunitarios. El primer aspecto universal de dichos modelos sería la instancia de la Entrevista de Ingreso, en la cual se recogen los antecedentes del/la consultante, se brinda un ‘primer apoyo’ y contención emocional (según las pautas ya revisadas del Ministerio), para luego definir qué tipo de régimen terapéutico es pertinente para la persona. En la mayoría de los casos, los COSAM están equipados para proporcionar una atención que incluya las siguientes facetas:

- *Evaluación Psicosocial, realizada por una Asistente Social.*
- *Orientación social y legal, generalmente entregada por una Asistente Social*

- *Atención individual, realizada usualmente por una psicóloga. Esta intervención puede ser combinada con una de tipo grupal.*
- *Intervención grupal, la que, según el COSAM que la realice puede constar de grupos cerrados, mixtos y abiertos y tener un énfasis psicoeducativo o más bien terapéutico.*

*La intervención de los COSAM incluye a menudo los siguientes elementos adicionales, entendidos como parte de una atención integral:*

- *Visitas domiciliarias.*
- *Elaboración de Informes a Tribunales.*
- *Elaboración de Informes Sociales.*
- *Derivación a redes (Provoste, 2007, p. 19).*

En el último tiempo, los COSAM han pasado de pertenecer a la Atención Primaria de Salud (APS), a integrarse al nivel secundario de salud, brindando una atención de mayor experticia a los pacientes derivados desde el nivel primario o desde tribunales. Dicho cambio, lamentablemente, ha significado una carencia aún mayor de información y fiscalización en materia de las prestaciones a víctimas de violencia intrafamiliar. La inexistencia de guías concretas y obligatorias para los servicios de salud en general (y menos para los de nivel secundario), ha resultado en que *“cada COSAM, de acuerdo a su experiencia, recursos humanos y demanda, implemente distintas estrategias y modelos para abordar esta problemática”* (Provoste, 2007, p. 26).

Otro problema que suscita la nula fiscalización e inexistencia de medidas de evaluación del MINSAL para la violencia doméstica, es la falta de información oficial y centralizada en relación a las acciones y prestaciones que se están efectuando actualmente a nivel secundario. De este modo, Provoste debe acudir a una asistente social del COSAM de Quinta Normal, ex encargada del Programa de Violencia Intrafamiliar, para indagar sobre la manera en que ésta es tratada hoy en día en dichos establecimientos.

La profesional le habría comunicado a Provoste que las intervenciones implementadas en su centro para abordar la violencia intrafamiliar se basan sobre la experiencia de los profesionales involucrados con el Programa, y se alinean con pautas históricas del COSAM. Habría admitido que los miembros del equipo tienen algunos conocimientos

sobre las orientaciones diseñadas por el MINSAL para la Atención Primaria pero que no tienen acceso al material. Por lo demás, dicha asistente social habría comunicado que *“durante el último año no han recibido capacitación en la materia. Los profesionales más antiguos fueron capacitados cuando se promulgó la Ley 19.325 que impuso al Sector Salud la atención de personas derivadas desde los Tribunales”* (op. cit.). Al parecer, esta es la última vez que algún profesional de dicho COSAM recibe capacitación ministerial en materia de violencia; es decir, en el año 1994.

Otro dato preocupante es que la mitad de las mujeres atendidas por dicho centro habrían llegado desde Tribunales Civiles o de Familia. La otra mitad habría sido derivada internamente desde otros programas o habrían llegado espontáneamente al centro buscando asistencia. Este hecho indicaría, de acuerdo a la autora, que el COSAM de Quinta Normal *“no opera en conexión con los centros de salud primaria de la comuna”* (op. cit.).

Pese a que dichas falencias del COSAM de Quinta Normal no pueden extrapolarse necesariamente a todo centro comunitario de segundo nivel, sí dan cuenta de una serie de deficiencias en el funcionamiento del Ministerio de Salud en materia de violencia. Desafortunadamente, dichas insuficiencias también fueron posibles de observar en el COSAM de Conchalí, lugar en que yo realicé mi práctica profesional.

c) Exposición de proceso psicoterapéutico con paciente víctima de violencia en el COSAM de Conchalí

Como ya se explicitó en la introducción del presente documento, la problemática de esta investigación surge a partir de mi experiencia profesional como psicóloga en práctica del Programa de Violencia Intrafamiliar en el COSAM de Conchalí. Durante mi participación en dicho programa, atendí a un total de tres mujeres que experimentaban problemas de violencia doméstica de alguna forma. Para fines de la presente investigación, me parece pertinente exponer en algún detalle los pormenores del proceso de psicoterapia individual con una de las mujeres que atendí dentro del programa para ilustrar de mejor manera algunas falencias que presenta el modelo de atención utilizado en este centro. Además, dicha exposición sirve para reflejar, en alguna medida, las debilidades de las estrategias

implementadas en establecimientos de salud pública en general, y los efectos potencialmente dañinos que puedan tener.

Martina<sup>1</sup>, tiene 38 años al comenzar el proceso de psicoterapia individual y vive junto con su pareja, Osvaldo de 42 años, y sus dos hijos, de 21 y 10 años. En el momento que es derivada a psicoterapia individual, su ficha clínica contiene el siguiente diagnóstico psiquiátrico: “Eje I: trastorno adaptativo con ánimo depresivo (*ideación suicida sin planificar*); Eje II: trastorno de la personalidad en observación”. Además, bajo el título ‘observaciones’, está escrito: “descontrol de impulsos, tristeza, labilidad afectiva”. En la solicitud de interconsulta (para derivar al Programa de Violencia Intrafamiliar) propiamente tal, su psiquiatra tratante detalla lo siguiente: “trastorno adaptativo con síntomas mixtos crónico. Ruptura reciente. VIF (pareja OH). Rasgos limítrofes de personalidad (impulsiva)”.

En la primera sesión de psicoterapia individual, Martina cuenta que lleva 23 años junto a su pareja, desde que ella tiene apenas quince años. La pareja nunca se ha casado, pero ha convivido intermitentemente durante al menos 18 años. Ha habido algunas separaciones conyugales en este período, por motivos de trabajo de Osvaldo y, últimamente, por dos denuncias que Martina ha hecho con Carabineros por violencia intrafamiliar. En este primer encuentro, refiere que se ha reconciliado recientemente con su pareja, después de cuatro meses de separación debido a una pelea violenta unos cinco meses antes.

Martina se desempeña normalmente como empleada de una empresa de aseo, aunque al momento de comenzar su tratamiento, lleva aproximadamente nueve meses con licencia médica por una condición cardíaca. Su pareja se desempeña como lavador de autos en un estacionamiento cerca del hogar en Conchalí, donde sus ganancias varían considerablemente de una semana a otra. Es por esto que Martina provee el principal sustento económico en el hogar.

---

1 Los nombres de la paciente y su pareja han sido modificados para proteger su privacidad



Además, Martina relata que el arriendo de la habitación donde reside la familia es pagado en su totalidad por ella, y que su pareja no vive 'oficialmente' en el hogar. De hecho, éste sólo comienza a 'quedarse' en el domicilio cuando su hija mayor tiene tres años de edad, y él suele trasladarse a la casa de sus padres cuando se producen conflictos en la pareja.

Martina afirma que su pareja es alcohólico, ya que llega intoxicado al hogar con frecuencia y, en su opinión, este hecho sería la génesis de la mayor parte de los incidentes de violencia entre ambos. De acuerdo a su relato, el conflicto suele empezar cuando Osvaldo decide gastar sus ganancias del día en el consumo de alcohol, o bien, cuando llega tarde tras compartir con amigos en una cancha de fútbol del vecindario. Cuando esto sucede, Martina suele confrontar a su pareja por esto y son en dichas confrontaciones que él ha ejercido violencia física o verbal hacia ella. La pareja discute mucho acerca del consumo de alcohol de Osvaldo, ya que Martina no tolera que se emborrache, ni que ocupe su tiempo libre para estar con amigos o para jugar fútbol.

Por lo demás, Martina cuenta que tiene "un amigo con ventajas" – otra pareja con la que sale a escondidas de Osvaldo desde hace unos tres meses, un hombre separado de unos 44 años. Este sujeto sería uno de los mejores amigos de Osvaldo y conocido de ambos desde la infancia. Por otro lado, la paciente afirma tener buenas amistades y una buena red de apoyo, ya que cuenta con el apoyo incondicional de su madre y tiene una muy buena relación con sus hijos, especialmente con su hija mayor. Interactúa habitualmente con sus vecinos y refiere salir sola con sus amigas, aunque no con mucha frecuencia. Por último, menciona que pertenece a la Iglesia de los Testigos de Jehová, y que recientemente ha intentado buscar consuelo con sus 'hermanos' de la Iglesia. Sin embargo, dice sentirse 'atormentada' por ellos, ya que insisten que ella debiese casarse, y consideran su actual situación de convivencia un pecado.

En relación a las situaciones de violencia intrafamiliar que experimenta la paciente, Martina cuenta que Osvaldo es un hombre generalmente tranquilo y cariñoso, muy enamorado de ella. De hecho, la paciente destaca constantemente que él la ama mucho más de lo que ella lo ama a él.

No obstante lo anterior, ha habido al menos dos episodios de violencia física grave a lo largo de la relación de pareja, en que Osvaldo ha actuado como agresor. La primera de dichas agresiones ocurre hace aproximadamente 17 años, cuando se encuentran de vacaciones en el sur, en la casa de familiares de él. En esta oportunidad, Osvaldo agrede a Martina con una cachetada en la cara después de que ella sale con una hermana de él sin su consentimiento, dejando a la paciente con la mejilla inflamada. La segunda agresión física que la paciente reporta en sesión ocurre a fines del año 2009, cuando Osvaldo llega altamente alcoholizado al domicilio y ella lo increpa. La pareja discute fuertemente y en un momento Osvaldo agarra a Martina del cuello, apretándola contra la pared y ahorcándola. Es luego de dicho episodio que se produce el último quiebre entre Martina y Osvaldo luego de que ella presenta una denuncia en Carabineros de Chile por Violencia Intrafamiliar. Por lo demás, Martina afirma que su pareja le agrede verbalmente con frecuencia, pero solamente cuando éste se encuentra en estado de ebriedad.

Al indagar en mayor profundidad sobre las razones por las cuales algunas peleas entre Martina y Osvaldo han desembocado en violencia, empieza a hacerse evidente que dichos momentos de gran fricción se producen muchas veces como una manera de liberar tensiones acumuladas. Tensiones que se generan, en gran medida, a partir del intento por parte de Martina de controlar y coartar la libertad de su pareja, cosa que él soporta la mayor parte de las veces, pero que también resiente. Obviamente, no es posible explicar, ni menos justificar, los actos de Osvaldo en su totalidad a partir de las interacciones con Martina. Sin embargo, es importante notar que es ella la que ejerce habitualmente el rol dominante dentro de la relación, al mismo tiempo de soportar agresiones físicas y verbales por parte de su pareja. También es importante notar que, a pesar de haber soportado dos episodios de violencia física y repetidos episodios de violencia verbal, Martina es la que 'manda' en el hogar y decide si Osvaldo permanece en el domicilio o no. Según la paciente, cuando ella ha tomado la decisión de separarse, Osvaldo siempre ha obedecido sus deseos y se ha ido tranquilamente.

En cuanto a mis primeras impresiones de la paciente, Martina llama la atención por ser una mujer bien arreglada, que se preocupa por su imagen corporal. Es alta y delgada, usa ropa que destaca sus atributos físicos, así como maquillaje para resaltar su belleza

natural. También llama la atención su carácter alegre y ameno, a pesar de presentar algún grado de ideación suicida y llorar de vez en cuando en sesión.

Sin embargo, lo que más llama la atención de Martina es su personalidad pueril, donde se destaca en su relato la gran importancia que tiene para ella la opinión de su madre, suegra, hija y compañeros de Iglesia. Conforme avanza el proceso terapéutico, la paciente refiere sentirse 'retada' por estas personas con alta frecuencia, y suele adoptar una posición de víctima o de 'agredida' en una serie de situaciones, más allá de los escenarios de violencia que experimenta con Osvaldo. Por lo demás, a partir de su relato empiezan a surgir una serie de contradicciones de las cuales Martina aparentemente no tiene conciencia alguna. Por ejemplo, dice sentirse muy mal y hasta 'pecadora' por no estar casada, al mismo tiempo de mantener una relación amorosa con el mejor amigo de su pareja de 23 años. No manifiesta sentir culpa o vergüenza alguna en relación a este último punto, ni presenta el típico sentimiento de culpa (explícito) que suele caracterizar a mujeres maltratadas. Sin embargo, como ya mencioné, Martina manifiesta mucha angustia y tristeza al relatar que todos sus conocidos la 'retan', hecho que podría reflejar un sentimiento de culpa mucho más inconsciente en ella, y una necesidad de que la reten para aplacar dicha culpa.

Al momento de discutir este caso con mi supervisor y el entonces encargado de la unidad, me es sugerido emplear el modelo de atención implementado en el Programa de Violencia Intrafamiliar para mujeres víctimas. Según éste, una vez que se haya instalado algún grado de confianza (o transferencia) entre paciente y profesional, es recomendable que el/la tratante empiece a suscitar un sentimiento de rabia en la paciente para intencionar una denuncia con Carabineros y la salida de la pareja abusiva del hogar. Dicha etapa se denomina "inducción de fase de rabia".

A pesar de que Martina no cumple con las características más habituales de una 'mujer golpeada' (por ej. no tener autonomía económica, adoptar un rol sumiso ante la pareja, tenerle miedo a la pareja, presentar síntomas como la culpa, la vergüenza, el aislamiento social, etc.), mi supervisor considera que la mejor solución para mi paciente es que Osvaldo abandone el hogar y que los pasos contenidos en el modelo de atención del centro deben ser llevados a cabo en todo su rigor. Para esto, me da indicaciones

explícitas acerca de las formas de generar rabia en mi paciente con la esperanza de que ella tome la decisión de terminar su relación tormentosa. Por otra parte, me indica que es de suma importancia que yo, como figura de apego, le enfatice que la violencia que ella sufre es inaceptable, ya que ella seguramente no lo sepa. Esto, según la lógica de que es altamente probable que su entorno le haya enseñado que la violencia es una forma normal de resolver el conflicto.

De esta forma, mantengo dos sesiones con Martina en las cuales pongo en práctica las recomendaciones de mi supervisor y fuerzo intencionalmente que ella recuerde en detalle los episodios en que su pareja la ha maltratado, lo cual cumple con el objetivo de suscitar rabia y pena en ella. Además, enfatizo el carácter inaceptable de los actos de violencia que ella ha aguantado de parte de Osvaldo hasta el momento. Luego de dichas sesiones, Martina me cuenta que ha hecho una denuncia con Carabineros y que le ha pedido a su pareja retirarse del domicilio. Además, afirma que ha concurrido al Tercer Juzgado de Familia de Santiago para abrir una causa judicial por violencia intrafamiliar en contra de su pareja. Como muestra de apoyo de parte del Centro, le ofrezco a Martina mandar un informe corroborando la veracidad de su denuncia, documento que envío por correo electrónico en julio de 2010. En respuesta a dicho correo, me es informado por parte de la Srta. Paz Ojeda Pinto, Consejera Técnica del 3° Juzgado, por medio de un correo electrónico que la paciente *“solo cuenta con dos causas por VIF, Rit: F-XXXX-2010 y F-XXXX-2009, ambas de este Tribunal, pero están terminadas y rechazadas”*.

Al momento de intentar aclarar esta confusión con la paciente en la siguiente sesión, se incomoda muchísimo, explica que se equivocó de Juzgado y promete traer los detalles de la causa la próxima vez que nos vemos. En este momento, tengo la impresión de que la paciente no está siendo del todo honesta, y que me ha dicho que Osvaldo saldría del hogar sólo para complacerme. Sin embargo, no es posible averiguar la verdad de la situación, ya que esa misma semana comienza un paro de salud que mantiene al COSAM de Conchalí paralizado durante casi cuatro semanas.

Finalmente, al retomar las sesiones de psicoterapia finalizada la huelga, no insisto en la supuesta denuncia que Martina habría iniciado contra Osvaldo, ya que no me parece pertinente averiguar “la verdad” de su situación. Esto, porque para ese entonces Osvaldo

ya ha vuelto al hogar y comprendo que es lo que Martina quiere. Por lo demás, en esta primera sesión después de una interrupción de casi un mes, Martina habla de su madre, de su desaprobación de Osvaldo y de la presión que ésta ha ejercido para que Martina se separe. Refiere nuevamente sentirse constantemente 'retada' y 'juzgada' por su madre por querer continuar en esta relación, hecho que le causa profunda rabia. En este momento, me parece que con su relato, la paciente me intenta comunicar a mí que también tiene rabia conmigo por presionarla e intentar separarla de su pareja.

De este modo, tomo la decisión de comenzar a centrar la terapia en Martina y en los contenidos que ella trae. Me parece que la mejor (y única) opción en este momento es respetar sus deseos, y abandonar mis intentos por seguir los pasos contenidos en el modelo de atención del centro. Dicha decisión finalmente tiene más éxito y permite que ella pueda hablar por primera vez sobre otras vivencias traumáticas que ha experimentado a lo largo de su vida. Así, en esta última etapa del proceso psicoterapéutico, trabajamos contenidos como el dolor que le significó una madre ausente durante su infancia, el abuso sexual que vivió por parte del hermano de la pareja de su madre, la relación entre ella y su hija, entre otros. Rara vez vuelve a mencionar a Osvaldo y los conflictos entre ambos.

Al finalizar el proceso psicoterapéutico con Martina en noviembre del año 2010, ella sigue viviendo con su pareja y dos hijos, se ha operado de la condición cardíaca que le aquejaba y ha vuelto a trabajar. Además, ya no mantiene una relación paralela con el amigo de su pareja. Pocas cosas concretas han cambiado en la vida de Martina. De hecho, en apariencia todo es igual a unos meses antes de que ella empezara la terapia. En términos de los objetivos del Programa de Violencia Intrafamiliar y su modelo de intervención, la terapia se podría considerar un fracaso.

Sin embargo, en el último tiempo de la psicoterapia Martina fue capaz de trabajar contenidos tremendamente importantes e íntimamente relacionados con el porqué ella elige estar en una relación abusiva. En este tiempo, la paciente logra hablar en más profundidad sobre la percepción que tiene de ser 'retada' y 'juzgada' constantemente por prácticamente todas las personas cercanas a ella, menos Osvaldo. En relación a esto, comenzamos a conversar sobre su tendencia a posicionarse en el lugar de la 'atacada' o

de la 'víctima', y a percibir al resto de las personas como 'agresores', aunque no tuvimos el tiempo para relacionar este hecho con la dinámica entre ella y su pareja. Tampoco alcanzamos a hablar abiertamente de la posibilidad de que ella cargue con muchísima culpa, aunque inconsciente para ella.

Lamentablemente, debido a las características de la práctica profesional y de las limitaciones del centro, no fue posible seguir trabajando dichos contenidos, que posiblemente podrían haber llevado a que Martina comprendiese un poco más la fuente de su tristeza y malestar. No obstante, en la última sesión, pudo establecer algún nexo, para sí misma, entre el abuso y descuido que experimentó de niña, y el abuso y descuido que soporta, y hasta busca, en su vida como adulta.

#### IV. OBJETIVOS

Objetivo General: Analizar las estrategias de intervención implementadas por el Estado chileno para tratar la violencia intrafamiliar en el sistema de salud pública.

Objetivos Específicos:

- 1) Identificar las falencias teóricas presentes en las propuestas del Ministerio de Salud para la atención individual de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
- 2) Identificar las falencias metodológicas presentes en las propuestas del Ministerio de Salud para la atención individual de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
- 3) Mostrar de qué manera dichas falencias a nivel ministerial podrían influir negativamente sobre la planificación de estrategias de intervención a nivel local (comunitario) en materia de violencia conyugal.

#### V. DESARROLLO

En base a la evidencia expuesta hasta ahora, a continuación se hace posible comenzar a contestar las interrogantes que originaron la presente investigación. Para esto, será necesario dividir el siguiente capítulo en cuatro secciones generales:

- En la primera, se efectuará un análisis de las posibles falencias teóricas de los planteamientos conceptuales utilizados por el Estado para abordar la violencia intrafamiliar.
- Luego, se llevará a cabo una revisión crítica de las debilidades metodológicas contenidas en las propuestas de intervención diseñadas por estos organismos.
- En el tercer apartado, se hará uso del caso clínico expuesto anteriormente para ejemplificar algunos de dichos desperfectos teóricos y metodológicos, usando como ejemplo el modelo de atención del COSAM de Conchalí específicamente.
- Finalmente, se sugerirán formas alternativas de comprender y tratar este problema.

#### 5.1) Análisis crítico de los planteamientos teóricos utilizados por el Estado para la comprensión de la violencia intrafamiliar

##### a) Las Teorías de Género

Es necesario recordar que tanto el Servicio Nacional de la Mujer, como el Ministerio de Salud chileno, enfocan el problema de la violencia conyugal desde una perspectiva de género. De acuerdo con esta proposición, la violencia al interior de una pareja existiría en sociedades donde hay pautas culturales profundamente incrustadas en los sujetos que establecen que la feminidad está asociada con un ser 'débil', sumisa y pasiva, y que la masculinidad equivale a un ser 'fuerte', dominante y hasta agresivo. Así, se vincula la violencia doméstica con los niveles de discriminación y sexismo en una comunidad dada, donde los estereotipos culturales enseñan a una mujer a ubicarse en una posición de inferioridad frente al hombre. Dicho postulado además explica que la violencia solería darse en familias que tienen estructuras desequilibradas y rígidamente verticales, donde el hombre 'pone las reglas' y la mujer acata.

En relación a este último punto, se está de acuerdo con la idea de que la violencia al interior de una familia está muy ligada con modelos culturales sexistas, que perpetúan la noción de que el hombre es más fuerte que la mujer, donde el sostenedor principal de la casa tiene derecho a imponer las normas en el hogar, muchas veces con violencia. Chile es un país que ha sufrido históricamente de un marcado machismo, y por tanto, de una dificultad tremenda para empoderar a sus ciudadanas mujeres. Dicho hecho se refleja en variados ámbitos, siendo uno de los más importantes el mercado laboral, donde existen significativas brechas salariales basadas en el género en un trabajo dado.

Evidentemente, dicho escenario no contribuye a una mayor independización de la mujer chilena. Y sobre todo en las familias más pobres, la esposa-madre está obligada muchas veces a quedarse en el hogar para cuidar a sus hijos y depender económicamente de su pareja. En un sistema sociopolítico de estas características, que favorece que el hombre salga a trabajar y que la mujer se confine al hogar día tras día, es esperable (hasta inevitable a veces) que se generen desequilibrios de poder al interior de una pareja. Y más allá del ámbito laboral, es imposible negar que exista un problema de sexismo en varias esferas, profundamente arraigado en la cultura chilena, que contribuye al sufrimiento de sus ciudadanas mujeres a gran escala.

No obstante lo anterior, esta perspectiva no logra explicar porqué no todos los desequilibrios de poder al interior de una relación amorosa resultan en violencia hacia la mujer. Dicho de otro modo, las teorías de Género son capaces de dar cuenta de un problema importante en la sociedad, que es que, efectivamente, las mujeres chilenas suelen tener menos poder, dinero y libertad que sus compatriotas masculinos. Indudablemente, es común que las mujeres se sitúen en una posición 'inferior' frente a los hombres en varios niveles, cumpliendo así con estereotipos culturales que establecen qué tipo de conductas son permitidas, deseables y esperadas de una mujer. Pero, entonces, cabría preguntar: "Si este es un problema transversal, de la sociedad en su totalidad, ¿por qué no todas las mujeres son víctimas de episodios repetidos de violencia a manos de su pareja?" o "¿por qué no todas las parejas resuelven estos desequilibrios de poder de forma violenta?".



Así, se hace difícil obviar que en muchos casos, el enfoque de Género no es suficiente para explicar y **comprender** por qué una mujer elige como pareja de vida a una persona que la violenta, y decide una y otra vez soportar agresiones verbales y físicas de la persona que supuestamente debiese brindarle amor, apoyo y protección. Dichas teorías son muy útiles para explicar cómo y por qué se generan incongruencias de poder al interior de una relación amorosa en un sentido amplio, pero no logran dar cuenta de los mecanismos más profundos e inconscientes que perpetúan el ciclo incesante de violencia en cada caso particular.

Las concepciones teóricas sobre las cuales el Sernam y el MINSAL basan sus intervenciones, conciben el problema de la violencia intrafamiliar como uno netamente social o comunitario. Lamentablemente, no ahondan satisfactoriamente en las características personales de cada víctima, en los motivos psicológicos por los que se encuentran y se mantienen en este tipo de situaciones abusivas y extremas. No está contemplado en este enfoque el lugar del sujeto que sufre. Y en mi opinión, lo que es más grave, no cuestionan los motivos inconscientes que contribuyen a que una mujer elija exponerse a, o hasta sienta que se merece, tales tratos.

Como ya se ha visto, el Servicio Nacional de la Mujer al menos hace un intento por recoger y exponer alguna explicación de la dinámica de la violencia enfocada desde la mujer, en el documento *Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja* (2009b). En él, se discute el carácter altamente traumático del abuso a manos de una pareja, donde la violencia crónica y sostenida en el tiempo tendría como secuela un desmoronamiento de la personalidad y de los recursos personales de la víctima, dejándola 'incapaz' de reaccionar adecuadamente frente a situaciones de peligro, e impidiendo su salida de éstas. Por lo demás, dicha experiencia traumática podría resultar en la 'revictimización' o 'respuesta traumática continuada', con la cual la víctima del abuso se identificaría con el agresor como manera de sobrellevar una vivencia tan extrema y dolorosa. Dicha identificación produciría en la agredida un sentimiento de culpa que es, en realidad, propio del agresor. De esta manera, la teoría de la 'revictimización' constituye un intento ejemplar por proveer una explicación psicológica de una de las posibles formas en que una mujer vive (y sobrevive) la violencia: un intento

suyo por adquirir algún tipo de control sobre la violencia y posicionarse en el rol activo dentro de dicha dinámica.

En relación a esta última proposición, se está de acuerdo con la idea de que las mujeres víctimas de violencia doméstica casi siempre sufren de un cuadro comparable al de estrés postraumático, con el cual buscarán volver a experimentar una y otra vez el 'trauma original'. La idea de querer conseguir el control de estas situaciones parece altamente plausible.

Sin embargo, existen otros puntos de esta teoría susceptibles de discusión. Por ejemplo, se podría argumentar que el sentimiento de culpa que aqueja a víctimas de violencia conyugal es muy anterior al estallido de agresiones psicológicas o físicas por parte de un otro. Dicho de otro modo, el sentimiento de culpa que se evidencia en pacientes de este tipo no sería una secuela de la violencia experimentada y de la posterior identificación con el agresor necesariamente, sino más bien, una 'condición' anterior a la violencia. En este sentido, podría ser una de las razones por las cuales estas mujeres elegirían estar con hombres abusivos, más que una consecuencia.

Del mismo modo, es posible preguntarse si es que la violencia conyugal constituye un hecho realmente traumático para toda mujer abusada. Dicha pregunta podría resultar altamente polémica para muchos profesionales de la salud pública, pero mi opinión es que la teoría anteriormente nombrada asume como hecho innegable que toda mujer que ha experimentado violencia intrafamiliar la vivirá siempre como un trauma. Y esto no es así necesariamente. Es muy importante explorar como una mujer paciente piensa, concibe, siente y vive el ser golpeada o intimidada psicológicamente. Como pude constatar en el trabajo clínico con mi paciente Martina, la violencia de un cónyuge, aunque desagradable, podría ser experimentada subjetivamente como algo que viene a 'aliviar'.

Por otro lado, se vio anteriormente que el documento *Objetivos Estratégicos en Salud* del año 2010 del Ministerio de Salud hace mención de una variedad de factores que pudiesen contribuir a la instalación de una dinámica violenta al interior de una relación de pareja. Entre ellos, menciona variables individuales como el abuso de alcohol y psicopatologías presentes en el agresor, aunque finalmente atribuye la prevalencia de la violencia

doméstica a una tradición de subordinación de las mujeres principalmente, además de las tensiones generadas a raíz de la salida más frecuente de la mujer del hogar para integrarse al mercado laboral. Evidentemente, dicho análisis es altamente deficiente y simplista. Además, preocupa la carencia de consideraciones de factores individuales y psicológicos de las víctimas de este problema.

En síntesis, no se está en desacuerdo necesariamente con la elección de concebir la violencia conyugal desde el enfoque de Género, aunque se cree que existen teorías más idóneas para explicar y comprender este fenómeno. La crítica que plantea el presente trabajo, en relación a este punto específicamente, tiene que ver con que dichas teorías proveen una mirada más sociológica que psicológica del problema de la violencia intrafamiliar. No logran explicar el fenómeno en suficiente profundidad desde el punto de vista de los actores involucrados, y salvo casos excepcionales, no existen hipótesis que intenten enfocar el problema desde el lugar de la mujer víctima de violencia.

#### b) Modelo Ecológico, Modelo de Competencias y Modelo de Trabajo en Redes

En cuanto a las estrategias de intervención generales que sugiere el Ministerio de Salud para tratar a mujeres afectadas por violencia en la pareja propiamente tal, nuevamente se hallan muchísimas debilidades teóricas a discutir.

De acuerdo a la información expuesta en relación a las propuestas de intervención del sector público para violencia intrafamiliar, se constató que los procedimientos diseñados para tal efecto se basan sobre tres pautas de intervención más amplias: el Modelo Ecológico, el Modelo de Competencias y el Modelo de Trabajo en Redes.

En primer lugar, el Ministerio de Salud sostiene que el Modelo Ecológico representa un análisis integral del problema de la violencia en varios niveles, y provee una comprensión desde el aspecto más específico hasta el más general. Así, desde el punto de vista del

Ministerio, dicho modelo sería el más apto para comprender porqué se genera la violencia, desde un punto de vista individual, biológico, cultural, económico y político.

Lamentablemente, al menos en los textos y manuales revisados del Sernam y MINSAL, las descripciones de los cuatro niveles de análisis que conforman el Modelo Ecológico – individual, microsistema, exosistema y macrosistema – son extremadamente escuetas y, en términos generales, dicho modelo es presentado de manera muy resumida y simplista. Así, a menos que el funcionario público revise otra bibliografía del tema por su propia cuenta, o bien, tenga acceso a capacitaciones del sector privado, el Modelo Ecológico podría ser concebido como un enfoque demasiado limitado para explicar la violencia, aunque esto tal vez no sea el caso realmente.

Lo que se aprecia en los documentos estatales examinados durante la revisión bibliográfica para el presente, es que este modelo pone un énfasis enorme en el entorno social del paciente, restándole importancia a los elementos individuales e intrapsíquicos que pudiesen influir en el problema. Por ejemplo, el texto *Análisis de la Violencia en las Relaciones de Pareja entre Jóvenes*, nombra algunos factores personales que pudiesen influir en la génesis de la violencia intrafamiliar como “*el consumo de alcohol y drogas, los trastornos psíquicos y las experiencias de violencia anteriores en el espacio familiar*” (Sernam, 2009a, p. 16 – 17) que claramente son de alta importancia para tomar en cuenta al momento de trabajar con víctimas (o agresores) de violencia doméstica. Sin embargo, estas son las únicas referencias hechas por el Sernam en relación a factores de riesgo individuales asociados con esta problemática.

De esta manera, al igual que en el caso de las teorías de Género, hasta cierta medida se está de acuerdo con los postulados del Modelo Ecológico. Pero nuevamente, se cree que dicha mirada es demasiado amplia y vaga para intervenir efectivamente con mujeres víctimas. Esto, porque en su intento por explicar la violencia intrafamiliar en su totalidad, lamentablemente se pierde el foco del problema a nivel individual, y el sentido del **sujeto** aquejado por esta problemática. Y lo que es más preocupante, el modelo no intenta explicar la violencia intrafamiliar desde un punto de vista **psicológico** en lo absoluto. Así, este problema es concebido casi en su totalidad como uno sociocultural y biológico, sin

contar con referencia real alguna a las motivaciones psíquicas a las base de este fenómeno.

Por otro lado, se argumenta que el Modelo de Competencias y el Modelo de Trabajo en Redes se basan sobre la idea de que el modelo médico imperante dentro del sistema de salud mental chilena debió cambiar para implementar un nuevo paradigma. Uno de confianza en los recursos de cada paciente, y también de otros estamentos de la red asistencial, para resolver un problema dado. El resultado de esta proposición, se supone, sería el sucesivo desligamiento de los actores sociales respecto de los servicios de salud, favoreciendo una creciente autonomía y mayor poder de las comunidades para encontrar soluciones a sus problemas. De esta manera, las intervenciones a nivel individual tendrían que empezar a reducirse para dar lugar a estrategias dirigidas a fortalecer la esfera grupal o comunitaria. También se arguye que las intervenciones primarias, a nivel preventivo, serían mucho más efectivas para erradicar un problema social dado, por lo que ya no sería óptimo centrar recursos y energías en tratamientos y rehabilitaciones con individuos específicos (Sernam, 1994).

El problema con esto es que, al parecer, ha ocurrido un malentendido (o mala interpretación teórica) de parte del Estado, que ha tomado los mandatos de ambos modelos comunitarios al pie de la letra para excluir, en gran parte, las atenciones psicológicas individuales de su batería de intervenciones. A mi parecer, no ha entendido que las medidas de promoción de la salud a nivel comunitario deben ser complementadas por intervenciones a nivel del individuo, muy importantes para la calidad de vida de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar.

Por otro lado, el foco de las propuestas del Modelo de Competencias y de Trabajo en Redes ha ido en pro de la prevención de la violencia doméstica, hecho que es loable. Sin embargo, lamentablemente, en este país dicho esfuerzo por erradicar el problema de la violencia ha significado olvidar, en gran medida, a las mujeres que actualmente merecen recibir una atención psicosocial de calidad, donde evidentemente, la atención psicológica es primordial.

Demás está decir que si las ideas contenidas en ambos modelos se llevaran a cabo de manera exitosa, realmente sería muy difícil criticarlas. Sin embargo, desafortunadamente, en mi opinión el Estado chileno aún no logra una coordinación eficaz entre sus diferentes unidades y las diversas agrupaciones comunitarias para alcanzar este gran ideal social. Asimismo, los métodos que se utilizan para intervenir con la población afectada por violencia intrafamiliar están muy lejos todavía de alcanzar empoderar realmente a sus beneficiarios/as.

Así, 'en el papel', el Modelo de Competencias y el Modelo de Trabajo en Redes no tienen grandes deficiencias teóricas en sí. La única gran crítica que se les podría hacer, sería que necesitan de condiciones materiales y económicas ideales para funcionar óptimamente. Probablemente, podrían generar excelentes resultados en países donde el Estado invierte grandes recursos en salud pública, cosa que no ocurre en Chile. Como se verá a continuación en relación a este punto particular, las visibles carencias de los modelos utilizados en el sector público no tienen tanto que ver con sus planteamientos en sí, sino con la forma en que son implementados por el Ministerio de Salud. Es decir, una gran parte del problema es **metodológica**.

#### 5.2) Análisis crítico de la metodología implementada para tratar a mujeres víctimas de violencia por parte del Estado chileno

Como ya ha sido posible prever, las políticas de intervención en violencia intrafamiliar de parte del Estado chileno tienen una serie de problemas metodológicos en su planificación e implementación. Dicho hecho se ha traducido en importantes dificultades para subsanar y tratar adecuadamente este problema social, algunas de las cuales se revisarán a continuación.

En primer lugar, se cree necesario volver a nombrar las teorías de Género y el Modelo Ecológico, dos cuerpos teóricos sobre los cuales el Estado, a través del Servicio Nacional de la Mujer y el Ministerio de Salud, ha construido y promocionado una forma particular de explicar la violencia. De acuerdo a la sección anterior, fue posible apreciar que los

argumentos de estas dos teorías tienen mucha validez en un sentido amplio, aunque sea factible que existan otras teorías capaces de comprender dicho fenómeno de manera más profunda.

Comoquiera sea el caso, el Estado ha elegido dichos modelos teóricos como los más idóneos para comprender este problema y, así, sería esperable que existiesen intervenciones trazadas sobre dichos postulados. Esto, sorprendentemente, no ha ocurrido, al menos de parte del Ministerio de Salud. Mediante una revisión de los tipos de intervención propuestos por el Ministerio, es posible observar una serie de incongruencias metodológicas en relación a los modelos teóricos que sugiere utilizar, y los escuetos modelos que dicha entidad efectivamente ha confeccionado para ser empleados en el ámbito público.

Así, se hace posible apreciar grandes abismos entre las teorías de Género y el Modelo Ecológico y las estrategias diseñadas por el Ministerio de Salud, en tanto estas últimas no están lo suficientemente especificadas y tienen poca coherencia con los planteamientos de dichas teorías. Uno de los problemas más grandes de las medidas para tratar a los actores sociales aquejados por la violencia intrafamiliar es que aún no existe una propuesta teórica coherente, una forma de trabajo concreta, de rehabilitación para ellos.

A pesar de la gran relevancia que el Estado atribuye a las inequidades de género, el MINSAL aun no elabora un manual basado en estos planteamientos teóricos, supuestamente los más aptos para tratar la violencia conyugal. De esta forma, no hay ninguna pauta de este organismo que sugiera trabajar contenidos como, por ejemplo: qué es lo que significa para una paciente ser mujer, de qué forma las mujeres aprenden a posicionarse en un lugar inferior frente a sus parejas, de qué formas una paciente en particular ha aprendido a ser sumisa o a callar sus propios deseos a lo largo de su vida, de qué forma este hecho podría contribuir a la violencia, de qué formas la mujer paciente puede empoderarse para cambiar su rumbo de vida, entre otros.

La inexistencia de modelos de intervención que integren enérgicamente los planteamientos teóricos del enfoque de Género y del Modelo Ecológico antes expuestos apunta a una importante deficiencia por parte del Ministerio de Salud. Al parecer, no toma

en consideración la bibliografía internacional y local en relación al tema antes de planificar medidas concretas para tratar a mujeres víctimas de violencia. Y así, finalmente cada profesional que atienda a víctimas de violencia intrafamiliar en el sector público debe capacitarse de forma autónoma, debido a la baja socialización de algún sustento teórico que explique de qué forma comprender y tratar el fenómeno de la violencia con pacientes mujeres. Dicho hecho, acompañado de una nula fiscalización por parte del Ministerio, ha obstaculizado el trabajo con pacientes de violencia inevitablemente.

Como se vio anteriormente, el Servicio Nacional de la Mujer sí ha invertido recursos en la elaboración de algunas pautas de intervención para trabajadores de la salud pública en materia de violencia conyugal. No obstante, es importante enfatizar una vez más que dichos documentos no suelen ser utilizados por el Ministerio de Salud para capacitar a sus funcionarios. Y de acuerdo a la bibliografía revisada, ningún manual del MINSAL propone una pauta para la psicoterapia individual con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Asimismo, los postulados sobre la 'revictimización' o 'respuesta traumática continuada', explicitados en otro documento del Sernam, no han sido considerados por el Ministerio de Salud al momento de sugerir medidas de intervención. De hecho, como ya se indicó, ningún manual fabricado por el MINSAL contiene una explicación del fenómeno enfocada en la mujer para el tratamiento a nivel individual.

El escrito más completo elaborado por el MINSAL, *Manual de Apoyo Técnico para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar* es del año 1998 y trata sobre estrategias de coordinación entre los estamentos de salud pública y la comunidad principalmente, con el énfasis puesto en la implementación de intervenciones de prevención primaria. De esta manera, no existe sugerencia alguna para tratar el problema cuando ya se ha instalado. Es decir, como parte de un programa de rehabilitación.

Por otro lado, también se pueden observar incoherencias de tipo metodológico entre los supuestos de los Modelos de Competencia y de Trabajo en Redes y las indicaciones que dan el Ministerio de Salud en relación al empoderamiento de las comunidades. Para lograr que el Modelo de Competencias y el de Trabajo en Redes fuesen realmente



exitosos, sería necesario que el Estado chileno invirtiese muchos más recursos humanos y económicos de lo que actualmente designa para el sector salud. También sería necesario planificar e implementar políticas públicas apuntadas a levantar a sus ciudadanos y hacerlos agentes activos de sus propias vidas para buscar las soluciones a sus problemas.

Lamentablemente, a pesar de los grandes esfuerzos puestos en acción en las últimas dos décadas, las actuales políticas ministeriales en salud, y en violencia intrafamiliar específicamente, siguen teniendo importantes deficiencias en este sentido. Como ya se ha revisado, en una primera instancia las mujeres víctimas de violencia son atendidas, muchas veces, por funcionarios que no han sido capacitados suficientemente en el tema, por medio de inventarios cortos, para luego ser derivadas a otras entidades dentro de la red de salud. Y desafortunadamente, como también se vio anteriormente, hay poca o nula conexión entre los centros de primer y segundo orden. Así, estas pacientes suelen ser derivadas a otros tipos de centros, algunos del sector privado, donde el Ministerio no puede velar por la calidad de las atenciones brindadas. Además, se constató mediante el testimonio de la encargada de la Unidad Modelo de Atención del Servicio de Salud Metropolitano Central, entrevistada por Patricia Provoste, que el número de pacientes atendidos en un período dado no corresponde a la demanda real, sino más bien, a las limitaciones de cada centro para brindar tales atenciones (Provoste, 2007).

Del mismo modo, en el caso del COSAM de Conchalí en particular, la mayor parte de las mujeres que son atendidas dentro del Programa de Violencia Intrafamiliar son derivadas internamente (es decir, desde otros programas del mismo centro), llegan desde Tribunales o por consulta espontánea. Son muy pocos los casos en que dichas pacientes han sido derivadas desde centros de atención primaria (APS) en la comuna. Por lo demás, existe solo una psicóloga en el Programa de Violencia Intrafamiliar del centro para proveer intervenciones psicológicas a todas las mujeres que lo requieran.

De este modo, es innegable que el Estado haya tenido grandes dificultades para implementar los Modelos de Competencias y de Trabajo en Redes de forma satisfactoria. Es más, se podría especular que la proposición de emplear estos dos modelos correspondería a un intento para abaratar costos, más que a un intento real por

empoderar a sus comunidades. Una política que tenga como foco la prevención y la resolución de los problemas por parte de una comunidad empoderada aparece como una causa muy noble y altamente beneficiosa a largo plazo. Pero sin la correspondiente planificación e inversión de recursos, es prácticamente imposible de obtener en la práctica. En este sentido, no me parece descabellado sostener que la política para emplear tales medidas, que apunta a una participación cada vez menor del Estado en los problemas de salud mental que aquejan a la población, tendría como razón de ser motivaciones económicas. Dicho hecho se refleja, además, en la renuencia que ha tenido el Ministerio de Salud por hacerse cargo de fiscalizar los tratamientos brindados a personas afectadas por la violencia conyugal y de implementar medidas más eficaces para asistir a sus funcionarios en el abordaje de este problema, más allá de los dos o tres documentos de apoyo confeccionado en los últimos veinte años.

### 5.3) Análisis crítico del modelo de intervención para mujeres víctimas de violencia en el COSAM de Conchalí

Dentro de un contexto como el que se aprecia actualmente en este país en cuanto a las políticas públicas de salud en violencia intrafamiliar, no es de extrañar que los modelos que finalmente se confeccionan por parte de cada equipo de un programa de violencia contengan defectos teóricos y metodológicos.

Así, el modelo de atención utilizado en espacios de psicoterapia individual del Programa de Violencia Intrafamiliar del COSAM de Conchalí no toma sus contenidos de ningún enfoque psicológico en particular, ni integra explícitamente fundamentos de las teorías de Género o del Modelo Ecológico que propone el Ministerio de Salud. Más bien, el modelo declara ser una 'intervención psicosocial' que especifica una serie de procedimientos generales a ser aplicados para todos los casos. A pesar de que la presentación Powerpoint del modelo ofrece la posibilidad hipotética de una intervención individual con hombres agresores y una eventual 'terapia de parejas', lamentablemente dicha oferta dejó de existir debido a que el único psicólogo de sexo masculino, encargado de las atenciones individuales para hombres, se fue del centro en agosto del año 2010. No se sabe si dicho cargo ha sido llenado desde entonces.

En relación a las deficiencias del modelo específicamente, el primer punto importante de resaltar nuevamente es que carece de un sustento teórico para intervenir a nivel individual. Por lo demás, a pesar de que recoge recomendaciones del tipo que proponen los Modelos de Competencia y de Trabajo en Redes, se contradice con los fundamentos de ambos en gran medida. Por ejemplo, el Modelo de Competencias está claramente diseñado y enfocado a empoderar a los actores sociales de cada comunidad para brindarle mayor libertad en la búsqueda de las soluciones de sus problemas. Asimismo, se supone que *“el trabajo en red permite un intercambio más igualitario y evita mejor el riesgo de control social, en que los conocimientos del experto lo ponen en una posición de poder, y sin percatarse, puede estar reproduciendo el sistema patriarcal al establecer relaciones de ayuda verticales”* (Sernam, 1994, p. 31).

No obstante, si se revisa el modelo de atención del COSAM de Conchalí, es posible apreciar una serie de indicaciones completamente opuestas a este ideal, las cuales promueven la utilización del poder que brinda estar en la posición de ‘experto’ para lograr algunas metas terapéuticas. Por ejemplo, en la duodécima diapositiva del modelo de atención adjunto, se señala: *“amenaza de judicialización es parte de la intervención”* (Apéndices, p. 91). Dicha indicación sería utilizada generalmente en el tratamiento con hombres agresores y como último recurso, pero se trabaja hacia la meta de la salida de la pareja abusiva del hogar en la mayoría de los casos. Para lograr dicho objetivo, se define una fase de ‘victimización intencionada’, por una parte, y una de ‘inducción de la fase de rabia’, por otra (diapositiva 15 en Apéndices, p. 93) en el primer tiempo de trabajo psicológico con mujeres víctimas.

En esta primera etapa, de acuerdo a la inducción que se me hizo, se trabaja el tema de la violencia como un resultado de los problemas psicológicos del agresor exclusivamente. Se enfatiza que la mujer es una víctima de su pareja, poniendo toda la culpa de las situaciones de violencia en el hombre. La lógica detrás de esta indicación es liberar a la mujer del posible (y probable) sentimiento de culpa con el que carga como consecuencia de la violencia experimentada. Además, serviría para subrayar el carácter inaceptable de la violencia ejercida hacia la paciente para ‘desnormalizar’ dicho fenómeno.

La segunda fase, de 'inducción de la fase de rabia', consiste en intencionar rabia en la paciente, como se vio anteriormente con la exposición del caso de Martina. De esta manera, se considera pertinente que el terapeuta imponga algunos temas a discutir con la paciente, para suscitar en ella un sentimiento de indignación, rabia y pena, con la esperanza de que estas acciones la lleven a denunciar a su pareja o a exigir su salida del hogar. Es importante notar que la premisa subyacente a este paso es que la rabia, más que la comprensión de la propia historia y de las razones a la base de la violencia, es un motor apto para movilizar a la paciente a actuar y cambiar sus circunstancias.

En este primer tiempo del proceso terapéutico, que va dirigido a detener la violencia en el hogar de la paciente, se trabajan además otros componentes como la 'focalización en recursos y fortalezas', la 'responsabilización de la autoprotección y la de sus hijos', el 'trabajo hacia la autonomía global' y el 'trabajo sobre la judicialización'. Esto implica una coordinación entre el centro y otras instancias de la red de salud dentro de la comuna, apuntada a empoderar a la paciente, según el Modelo de Competencias y el de Trabajo en Redes.

El segundo tiempo del modelo de atención del Programa de Violencia Intrafamiliar es denominada 'fase de responsabilización y subjetivización' y viene a ser la etapa "*psicoterapéutica y de reparación por excelencia*" (diapositiva 16 en Apéndices, p. 93). Nombra como objetivos la "*búsqueda de responsabilidad personal en los hechos, detención de ciclos de violencia largos, prevención de violencia en futuras relaciones de pareja y/o otras*" (op. cit.), pese a que no especifica de qué manera sería posible alcanzar tales metas. Cabe señalar, en relación a este punto, que el primer tiempo de la intervención está diseñado a restarle a la mujer cualquier tipo de responsabilidad en los episodios de violencia, en el cual el agresor es 'demonizado' intencionalmente para suscitar en la paciente la rabia motora de la acción. Sin embargo, este segundo tiempo busca encontrar la responsabilidad personal de la mujer en los hechos de violencia. Así, dicha etapa de la intervención podría resultar algo confusa para la paciente si no es manejada de forma adecuada.

Por lo demás, se estipula que es obligatorio que la violencia haya cesado en el domicilio de la paciente y que se haya 'cursado' el primer tiempo recién explicitado para empezar

este segundo tiempo de intervención. En mi opinión, dicha propuesta de trabajo implica un error lógico importante. Por un lado, los planteamientos del modelo no respetan los tiempos de trabajo psicológico y emocional de cada paciente y, lo que es peor, espera imponer un cese a la violencia antes de que la paciente mujer tenga el tiempo suficiente para comenzar a comprender por qué razones se origina la violencia. No me parece exagerado sostener que dichas indicaciones rayan en lo paternalista y en un (re)abuso de poder por parte del equipo profesional, en tanto intentan imponer una condición muy difícil de cumplir sin la ayuda técnica correspondiente. Por otro lado, de acuerdo a esta premisa la paciente nunca podría llegar a la tercera etapa de 'reparación por excelencia' si es que tomara la decisión de seguir con su pareja abusiva. Así, es innegable que los requerimientos establecidos en este modelo coartan la libertad de acción de cada paciente, y son contrarios a los principios de trabajar hacia el empoderamiento y la mayor autonomía de las mujeres, que recomiendan los Modelos de Competencia y de Trabajo en Redes.

Asimismo, puedo afirmar que en varios momentos del proceso terapéutico con mi propia paciente, Martina, me sentí involucrada en un acto derechamente coercitivo y antiético. Como expuse anteriormente, me fue fuertemente sugerido utilizar los métodos propuestos en el modelo de atención para lograr una meta específica – la salida de la pareja de la paciente del hogar por medio de una denuncia con Carabineros. Esto, a pesar de que mi evaluación personal era que la violencia física era muy poco habitual (sólo dos episodios en veintitrés años) y que ella no corría ningún riesgo físico o vital inmediato. Esto no quiere decir que lo que ella había experimentado a lo largo de su relación no fuese grave, pero me pareció una medida extrema presionar y, en mi opinión, manipular a una mujer adulta a sacar a su pareja del hogar luego de sólo dos meses de trabajo como condición para seguir avanzando con el tratamiento. Ahora, al reflexionar nuevamente sobre dichos actos, me parecen bastante violentos y me arrepiento de haber seguido los consejos de mi supervisor en este sentido. Las estrategias que empleé al comienzo de su proceso terapéutico subestimaban su juicio y transgredían sus deseos, sin considerar sus razones por haber elegido estar con la misma pareja durante veintitrés años, a pesar de los conflictos.

En este sentido, no puedo dejar de resaltar lo dañino que puede ser el modelo de atención del COSAM de Conchalí en materia de violencia conyugal, en tanto instala una dinámica en la que el terapeuta abusa del poder que le confiere estar en un lugar de 'experto' para coaccionar a la paciente a obedecer lo que la institución cree que es mejor para ella. Entiendo que dichas medidas podrían ser necesarias en casos más extremos, donde existe un riesgo vital inminente y que la lógica detrás del modelo tiene que ver con el objetivo de resguardar la integridad física de dichas mujeres. Sin embargo, siento que apliqué el procedimiento del centro inescrupulosamente en el caso de Martina, en tanto no cumplía con el perfil más 'tradicional' de una mujer abusada.

Creo también que tuve mucha suerte de no haber perdido a Martina como paciente después de incitar en ella, de manera arbitraria, la rabia y la pena que lleva adentro para forzarla a denunciar a su pareja, en contra de su voluntad. Esto, porque estoy convencida de que abusé del vínculo transferencial que existía entre nosotras y de la confianza que depositó en mí como terapeuta. Definitivamente, mi apreciación personal es que la última parte de la intervención fue mucho más sanadora y provechosa para Martina. Es decir, una vez que tomé la decisión de abandonar las pautas del modelo de atención del Programa y desistir en tratar de lograr el ideal terapéutico, establecido por el Centro, de que la mujer abusada **debe** separarse de su pareja necesariamente para mejorar su salud mental.

#### 5.4) Aportes a la comprensión de la violencia intrafamiliar desde el Psicoanálisis

A modo de contribuir a la comprensión de la violencia intrafamiliar, creo pertinente intentar proveer una mirada y una forma de trabajo distintas a las actualmente utilizadas por el Ministerio de Salud y sus centros dependientes para con mujeres víctimas específicamente. Esto, debido a las grandes deficiencias que he podido detectar durante la investigación para el presente escrito y, también, para ilustrar que existen miradas alternativas a las teorías de Género y el Modelo Ecológico, mucho más idóneas para concebir y explicar este problema. A este respecto, me parece que el enfoque psicoanalítico es capaz de proporcionar una lectura y una ética de trabajo más aptas para el tratamiento con mujeres víctimas de violencia, desde un punto de vista teórico y también metodológico.

En cuanto al aspecto teórico particularmente, pienso que el Psicoanálisis puede explicar y comprender de mejor manera las razones por las cuales una mujer decide exponerse repetidamente a situaciones de abuso en una relación de pareja. Así, a diferencia de las teorías revisadas hasta el momento, tiene la capacidad de sustentar una hipótesis explicativa enfocada desde el sujeto y provee un análisis mucho más profundo y acabado de los componentes a la base de la violencia doméstica. Existe una diversidad bastante amplia de autores de enfoque psicoanalítico que trabajan el tema de la violencia al interior de la pareja, por lo cual sería imposible exponer el aporte de cada uno. Por esta razón, a continuación haré referencia a un solo texto a modo de ejemplo que ha sido, y sigue siendo, fundamental para la comprensión del fenómeno de la violencia.

En el año 1924 Sigmund Freud publica un escrito llamado *El Problema Económico del Masoquismo*. En él, expone sobre tres tipos de masoquismo de los cuales se ha percatado en el trabajo clínico: el erógeno, el femenino y el moral. Según estas clasificaciones, el primero consistiría en una condición dependiente de la excitación sexual. El segundo sería una manifestación pulsional de meta pasiva o femenina, en tanto es posible asociar lo femenino con la pasividad (por ejemplo, ser castrado o poseído por un otro) y que puede manifestarse tanto en hombres como mujeres. El tercero sería una consecuencia de un superyó muy rígido y estricto que norma la conducta en la vida de un sujeto.

En primer lugar, Freud establece una conexión entre la pulsión de muerte, el sadismo y el masoquismo, específicamente en cuanto se refiere al masoquismo erógeno o primario. A este respecto, explica que coexisten en el inconsciente dos fuerzas muy potentes: la de vida (Eros) y la de muerte (Tánatos). La primera, también concebida como la libido, siempre se enfrentará a la pulsión de muerte o de destrucción, donde hay una lucha constante de parte de la segunda por llevar al organismo a un estado de estabilidad inorgánica. La libido se desempeñará en revertir tal acción de la pulsión de muerte, expulsándola de la vida anímica, mediante la ayuda de la musculatura, hacia objetos del mundo exterior. No obstante, una porción de dicha pulsión quedará al servicio de los órganos eróticos, *“al servicio de la función sexual, donde tiene a su cargo una importante operación. Es el sadismo propiamente dicho”* (Freud, S., 1979b, p.169). Por lo demás, una tercera parte de la libido destructora quedará al interior de la psiquis, anexada

libidinosamente con la sexualidad, y allí es donde se halla el masoquismo erógeno originario.

Además, existe un masoquismo secundario, que nace de la pulsión de muerte que es expulsada por la libido hacia afuera. Al respecto, dice Freud: *“No nos asombrará enterarnos de que el sadismo proyectado, vuelto hacia afuera, o pulsión de destrucción, puede bajo ciertas constelaciones ser introyectado de nuevo, vuelto hacia adentro, regresando así a su situación anterior. En tal caso da por resultado el masoquismo secundario, que viene a añadirse al originario”* (Freud, S., 1979b, p.170).

No obstante lo anterior, lo que más interesa para efectos de la presente investigación, son los planteamientos freudianos sobre el tercer tipo de masoquismo: el moral. Esto, porque dicho concepto además está íntimamente ligado con otro que el autor ya había detallado en el año 1923 en su escrito *El Yo y el Ello*. En este, habla de la ‘reacción terapéutica negativa’ que ha evidenciado en algunos pacientes que empeoran cada vez que uno esperaría que mejoraran, según los logros alcanzados en el espacio de terapia. Freud lo concibe como una resistencia de grandes proporciones y muy peligrosa para el tratamiento. En definitiva, es una condición muy difícil de tratar, en tanto el paciente que lo experimenta se reusa inconscientemente a mejorarse, a dejar de sufrir. De alguna manera, goza con su dolor y con su desdicha. De acuerdo a Freud, la razón más factible para explicar dicho fenómeno es la presencia de un **sentimiento inconsciente de culpa** en el paciente.

Sin embargo, en su texto sobre el masoquismo del año 1924, sustituye dicho concepto con el de **necesidad de castigo**, siendo el anterior psicológicamente errado, ya que los sentimientos siempre son un componente psíquico de la esfera consciente. Así, señala que *“la satisfacción de este sentimiento inconsciente de culpa es quizás el rubro más fuerte de la ganancia de la enfermedad, compuesta en general por varios de ellos, y el que más contribuye a la resultante de fuerzas que se revuelve contra la curación y no quiere resignar la condición de enfermo; el padecer que la neurosis conlleva es justamente lo que la vuelve valiosa para la tendencia masoquista”* (Freud, S., 1979b, p. 171-172). Además, recalca Freud, en los sujetos con una moral muy rígida, cohabitarían un superyó en extremo sádico, por un lado y, por otra parte, el masoquismo erógeno



anteriormente nombrado. Los dos tendrían como resultado la constante búsqueda por satisfacer la necesidad de ser castigado y de sufrir, lo cual se manifestaría en la conducta de una persona.

En cuanto al masoquismo moral específicamente, Freud nos recuerda que es la instancia del superyó el que regula la eticidad y el ideal moral de cada cual. Pero cuando éste es demasiado rígido, exigente y castigador, se producirá en el yo una culpa o angustia por haber fallado a dicho ideal. Como es sabido, el superyó se forma a partir del cierre (o la superación) del Complejo de Edipo, en el momento en que los objetos parentales son desexualizados e introyectados como consciencia moral. Sin embargo, debido a que en algunos casos ocurre una 'desmezcla' pulsional de acuerdo a Freud, una composición confusa entre pulsión libidinal y pulsión destructora al momento de introyectar algún objeto exterior, al parecer el masoquista introyectaría las características de severidad, poder y tendencia al castigo de la pareja de progenitores, mezclando éstas con algunas ligazones libidinales o sexuales.

Es este sentido, dicha configuración del masoquismo moral, que es inconsciente para el sujeto que lo padece, explicaría las razones reales por las cuales una persona elegiría exponerse a daños de forma compulsiva. Para ilustrar de qué forma operaría tal mecanismo, Freud agrega a su concepto 'necesidad de castigo' el apellido 'por un poder parental', afirmando que *"sabemos que el deseo de ser golpeado por el padre, tan frecuente en fantasías, está muy relacionado con otro deseo, el de entrar con él en una vinculación sexual pasiva (femenina), y no es más que la desfiguración regresiva de este último. Si referimos este esclarecimiento al contenido del masoquismo moral, se nos vuelve evidente su secreto sentido. La conciencia moral y la moral misma nacieron por la superación, la desexualización, del complejo de Edipo; mediante el masoquismo moral, la moral es resexualizada, el complejo de Edipo es reanimado, se abre la vía para una regresión de la moral al complejo de Edipo"* (Freud, S., 1979b, p. 175).

Así, dicha elucidación por parte del padre del Psicoanálisis nos permite una comprensión mucho más profunda de las razones por las cuales un sujeto buscaría la punición de forma incesante. El masoquismo moral, teñido por un componente erótico incestuoso, hará factible que el yo busque aplacar la culpa que suscita el retornar a una moral anterior

a la superación del Complejo de Edipo, un tiempo en que el niño fantaseaba con su propio progenitor. Lamentablemente, esto podría llevar a este tipo de personalidad a ostentar una conducta inmoral y corrompida para lograr, de forma inconsciente, saldar esta tremenda deuda con la conciencia moral sádica. Para obtener dicho castigo, el sujeto masoquista *“se ve obligado a hacer cosas inapropiadas, a trabajar en contra de su propio beneficio, destruir las perspectivas que se le abren en el mundo real y, eventualmente, aniquilar su propia existencia real”* (Freud, S., 1979b, p. 175). Es decir que dentro de esta lógica, el castigo – con todo el dolor y humillación que este implica – perfectamente podría ser experimentado como algo placentero a nivel inconsciente, en tanto es excitante para el sujeto. Al mismo tiempo, dicho castigo podría ser recibido felizmente, ya que sería la única manera que el sujeto encontraría para expiar la insoportable culpa que siente por albergar un deseo sexual (inconsciente) hacia su(s) progenitor(es).

A este respecto, el último párrafo de esta importante obra de Freud proporciona un resumen muy esclarecedor del modo en que se constituye el masoquismo moral y de la manera perversa en que opera: *“Así, el masoquismo moral pasa a ser el testimonio clásico de la existencia de la mezcla de pulsiones. Su peligrosidad se debe a que descende de la pulsión de muerte, corresponde a aquel sector de ella que se ha sustraído a su vuelta hacia afuera como pulsión de destrucción. Pero como, por otra parte, tiene el valor psíquico {Bedeutung} de un componente erótico, ni aun la autodestrucción de la persona puede producirse sin satisfacción libidinosa”* (Freud, S., 1979b, p. 176).

Así, la teoría freudiana sobre el masoquismo, sobre la forma en que nace desde la pulsión de muerte, hace uso del sadismo del superyó y se entrelaza con pulsiones sexuales, nos aclara una serie de fenómenos y de comportamientos presentes en los casos de violencia intrafamiliar y, particularmente, en las mujeres que la viven a diario. Es capaz de explicar, por ejemplo, qué está a la base de componentes altamente contradictorios entre sí, como lo son el amor y el odio, la rabia y la compasión, el dolor físico y psicológico y la decisión de volver reiteradamente a exponerse a aquel sufrimiento.

En el caso de mi paciente Martina, dichos planteamientos lograrían revelar por qué sufría por los reproches de sus compañeros de la Iglesia de los Testigos de Jehová por no estar

casada con su pareja, al mismo tiempo de no sentir culpa alguna (consciente) por serle infiel a su pareja con su mejor amigo. En mi opinión, no es coincidencia que ella haya elegido a una persona tan cercana para engañar a Osvaldo, ya que era muy factible que su relación fuese descubierta por la pareja. Y de acuerdo a lo ya revisado, la persona masoquista se empeñará en comportarse pecaminosamente, en busca de motivos para ser castigada y agredida una y otra vez. Asimismo, el hecho de que se ubicara en una posición de víctima o de 'regañada' en casi todas sus relaciones, habla de una gran necesidad de ser castigada por todos los que la rodean. Como indica Freud, "*el verdadero masoquista ofrece su mejilla toda vez que se presenta la oportunidad de recibir una bofetada*" (Freud, S., 1979b, p. 171).

Dichas palabras de Freud también hacen posible pensar la posibilidad de algo que se mencionó anteriormente: ¿Martina habrá experimentado la violencia propinada por Osvaldo como algo verdaderamente traumático? ¿Será posible que, inconscientemente, haya actuado para provocar la rabia y desesperación de su pareja, logrando que él la violentara para satisfacer una necesidad no consciente de ser castigada?

Como ya expuse, la paciente era la dominante dentro de su relación de pareja. De acuerdo a la descripción que ella me proporcionó durante el tiempo que trabajamos juntas, su pareja aparecía como un hombre un tanto infantil, muy dependiente emocionalmente tanto de Martina como de su madre (suegra de la paciente), que a grandes rasgos, no tenía un carácter beligerante. Por lo demás, Martina era la 'dueña' de casa (la que pagaba el arriendo), manejaba todas las finanzas del hogar, incluido el salario de Osvaldo, y generalmente controlaba las actividades de él dentro y fuera del hogar. En repetidas ocasiones él se rebelaba contra ella, contra su poder, al ingerir alcohol y llegar intoxicado al domicilio. Cuando esto ocurría, Martina relataba que era muy severa con su pareja, regañándole con fuerza.

Así, siempre me llamó la atención que, a diferencia de otras mujeres que han sido físicamente abusadas por sus parejas, Martina no temía increpar a Osvaldo. Al contrario, creo que buscaba cualquier oportunidad para pelear con él. Entonces, cabría preguntarse por qué ella haría tal cosa, sabiendo que él era capaz (basado en el historial de violencia) de 'callarla' mediante agresiones físicas.

Es mi opinión que ella buscaba enojar y desesperar a su pareja a tal punto que él perdiera el control y le agrediera. Dicha hipótesis no tendría sentido si es que no tuviésemos conocimientos de la forma en que puede operar la 'culpa inconsciente', la necesidad de castigo de sujetos masoquistas que gozan libidinalmente, sexualmente, con la severidad, con el castigo. Y de qué manera las agresiones físicas y psicológicas pueden representar algo muy erótico (y así, satisfactorio en tanto viene a aliviar la culpa) a nivel inconsciente.

Definitivamente, al reflexionar nuevamente sobre este caso clínico, me parece que la teoría del masoquismo moral de Freud entrega una excelente base para comenzar a entender por qué Martina exhibe las conductas que exhibe, y muchos elementos presentes en su vida anímica y en su relato se pueden atribuir a un profundo 'sentimiento inconsciente de culpa' o 'necesidad de castigo'. Es mi apreciación que habría sido importante explorar con la paciente los motivos inconscientes por los cuales elegía regresar a una pareja que era capaz de golpearle, ahorcarle e insultarle con todo tipo de descalificativos verbales, teniendo la opción de marcharse, más que intentar introducir un quiebre artificial en la relación de pareja. Por ejemplo, creo que el trabajo psicoterapéutico con Martina habría sido mucho más fructífero si es que hubiéramos tenido la oportunidad y el tiempo para ir descubriendo por qué ella provocaba a su pareja constantemente, sabiendo cual sería el desenlace probable de dichas confrontaciones.

Por otro lado, en términos metodológicos, mi opinión es que las directrices técnicas que plantea el cuerpo teórico del Psicoanálisis en su totalidad, constituyen lineamientos de trabajo fundamentales al momento de entrar en un proceso terapéutico con cualquier tipo de paciente, que deben tomarse en cuenta especialmente en el caso de víctimas de violencia intrafamiliar.

No hace falta señalar que la violencia doméstica es una problemática inmensamente compleja y muy difícil de tratar. Implica una experiencia de trabajo que, inevitablemente, toca la fibra más sensible de nuestra emocionalidad como terapeutas, en tanto involucra a personas que sufren un enorme dolor físico y psicológico una y otra y otra vez. Es más, a excepción de casos extremos en que la mujer está amenazada o corre el riesgo de ser asesinada por su pareja si la deja, la mayor parte del tiempo las pacientes que se

atienden en estos contextos **eligen** regresar y exponerse nuevamente a los maltratos de sus cónyuges. Esto, pese a los inmensos esfuerzos por ayudar a dichas mujeres a buscar salirse de la violencia, lo cual suele suscitar en el tratante sentimientos muy potentes de rabia y frustración.

Al tomar este hecho en cuenta, me parece muy comprensible que los modelos de atención de los programas de violencia intrafamiliar generalmente se desempeñen en exigir la detención de la violencia a toda costa, incluso si aquello signifique pasar a llevar los deseos de la paciente. Asimismo, no me extraña que se adopte una política de 'psicoeducar' a las mujeres víctimas de violencia, ya que para alguien que no ha vivido una situación similar, resulta incomprensible que algunas personas quieran y decidan mantener relaciones que les aporten perjuicios emocionales y físicos tan grandes. Si no se puede visualizar este fenómeno como el producto de complejos inconscientes no tramitados, la lógica y el sentido común nos dicen que es imposible explicar el comportamiento de la mujer víctima de otra forma que no sea la creencia de que estas mujeres no saben que la violencia está mal. Y, por tanto, se les debe enseñar lo que es correcto.

Lamentablemente, como mencioné anteriormente, me parece que dicha postura raya peligrosamente en lo paternalista y antiético. Mi opinión es que dichos mandamientos revictimizan a una paciente que ya ha sido largamente abusada y, lo que es peor, generalmente no logra subsanar el problema de la violencia, al menos en el largo plazo.

El Psicoanálisis, en cambio, promueve una ética de trabajo que, ante todo, toma en consideración la singularidad del sujeto y la forma particular y única en que se van constituyendo los complejos intrapsíquicos en cada uno. Además, respeta los tiempos psíquicos de cada paciente, entendiendo así la alta complejidad de la conformación de los núcleos reprimidos. En ningún caso podría avalar establecer restricciones en cuanto al tiempo que cada paciente requiere para encontrar una salida a su padecer, ni menos sostener que ocho talleres psicoeducativos podrían tener algún impacto real en la vida de la usuaria de un programa de violencia doméstica.

Otra premisa con la que opera el enfoque psicoanalítico es que en todo tipo de trabajo psicológico aparecerán resistencias de parte del paciente. Éstas pueden tomar varias formas, pero la labor del psicoanalista consiste en estar siempre pendiente y consciente, en la medida que se pueda, de dichos obstáculos. Gran parte del trabajo terapéutico reside justamente en vencerlas mediante la interpretación transferencial de los olvidos, interrupciones, faltas y actuaciones.

Por otra parte, y estrechamente ligado a la noción de la relación transferencial entre paciente y terapeuta, desde sus comienzos el Psicoanálisis ha planteado la neutralidad como ideal. Aunque no siempre se logre dicha meta, el psicoanalista aspirará a constreñir el deseo de orientar la vida de un paciente en función de sus propios valores. Al respecto, señala Freud: *“nos negamos de manera terminante a hacer del paciente que se pone en nuestras manos en busca de auxilio un patrimonio personal, a plasmar por él su destino, a imponerle nuestros ideales y, con la arrogancia del Creador, a complacernos en nuestra obra luego de haberlo formado a nuestra imagen y semejanza”* (Freud, S., 1979a, p. 44). Dicho mandato se fundamenta en el conocimiento de que el imponer contenidos que el terapeuta considera pertinente discutir no hace más que impedir la posibilidad de que el contenido reprimido del paciente se manifieste, especialmente en el primer tiempo de trabajo. Como ya se ha visto, en el peor de los casos, el no tener la neutralidad como credo profesional puede tener efectos derechamente nocivos si se cae en el error de utilizar el poder que el paciente le confiere al tratante de manera irresponsable.

Por último, gran parte del trabajo psicoanalítico se ocupa de reflexionar constantemente acerca de los sentimientos que cada paciente despierta en uno, como terapeuta, contratransferencialmente. Al clínico que trabaja desde dicha orientación se le recomienda fuertemente someterse a un psicoanálisis para resolver sus propios conflictos inconscientes. Además, es una práctica habitual que los psicólogos de este enfoque asistan a reuniones regulares de supervisión clínica. Ambos espacios finalmente sirven en gran medida para que el profesional pueda discutir y analizar su proceder técnico o metodológico, con el fin de evitar actuar su rabia hacia los pacientes mediante intervenciones violentas o sádicas.

Para terminar, quisiese recalcar que la anterior reflexión me ha parecido necesaria, en tanto los postulados teóricos empleados por el sector público de salud han dejado de lado, casi en su totalidad, la consideración de factores individuales al momento de planificar estrategias de intervención. Así, las contribuciones teóricas y metodológicas que he revisado aquí no pretenden reemplazar a toda una forma de trabajar, sino simplemente servir como sugerencia de una forma alternativa de concebir y pensar el problema de la violencia intrafamiliar, y que sea coherente con la complejidad del problema.

## VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a lo ya examinado, el Estado chileno ha intentado disminuir las ‘alarmantes’ cifras de violencia conyugal durante las últimas dos décadas a través de una serie de acciones apuntadas a prevenir el problema y a rehabilitar a las personas que ejercen y son víctimas de violencia al interior de una relación amorosa.

Las preguntas de investigación que originaron el presente escrito están dirigidas a las acciones realizadas en el ámbito de la salud pública en esta materia, preguntándose por las estrategias implementadas por el Servicio Nacional de la Mujer y, especialmente por el Ministerio de Salud para atender a mujeres víctimas. De esta manera, fue necesaria una extensa revisión bibliográfica, en primer lugar, de la legislación en materia de violencia intrafamiliar que atañe al Sernam y al MINSAL. En segundo lugar, se revisaron publicaciones de ambas instituciones de forma extensiva, para identificar los planteamientos teóricos a la base de las intervenciones utilizadas, como también los métodos que el Ministerio ha diseñado para implementar dichas estrategias. Luego, se revisaron todos los manuales y compendios disponibles que contuviesen cualquier tipo de directriz orientada a la atención de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar para detectar las debilidades teóricas y metodológicas contenidas en ellos. En cuarto lugar, se examinó un estudio independiente de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) para constatar los logros y las dificultades que el sector público ha experimentado. Finalmente, se realizó un análisis crítico de las bases teóricas y de la metodología del modelo de atención para mujeres víctimas de violencia en mi lugar de práctica profesional, el COSAM de la comuna de Conchalí. Dicho análisis fue

complementado por la exposición del caso de una paciente que atendí durante mi práctica profesional. En base a la información recolectada y expuesta a lo largo del presente, se constató que las gestiones llevadas a cabo hasta el momento no han sido efectivas por una variedad de razones, tanto a nivel global como local. De esta manera, en estos distintos puntos, fue posible cumplir con los objetivos que se establecieron para este trabajo.

En última instancia, la meta de esta investigación fue intentar establecer si era posible hallar las raíces de las carencias teóricas y metodológicas presentes en el modelo de atención del COSAM de Conchalí en algún tipo de deficiencia proveniente desde el Ministerio de Salud. Mediante un análisis de los sustentos teóricos que están a la base de las pautas recomendadas para trabajar con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, como también de la metodología implementada por el Ministerio para poner en práctica dichas pautas de atención, se pudo comprobar que efectivamente gran parte de las dificultades locales se remontan a una serie de problemas a nivel ministerial. Estos son:

- El Sernam y el MINSAL atribuyen el problema de la violencia doméstica fundamentalmente a las inequidades de género y a los desbalances de poder entre sexos que pudiesen existir dentro de una sociedad determinada. Por otro lado, pero en menor medida, estos dos organismos hacen mención de algunos factores individuales de los agresores como el consumo de alcohol y drogas o trastornos psiquiátricos presentes en ellos. De este modo, se constata, en primer lugar, que ambas instituciones proveen **hipótesis explicativas muy generales del problema, donde los factores individuales psicológicos de las mujeres víctimas de estos sucesos no son considerados en lo absoluto.**
- Además, fue posible verificar que los modelos de trabajo sugeridos por el Sernam y el MINSAL para intervenir en la temática de la violencia conyugal – principalmente, el Modelo Ecológico, el Modelo de Competencias y el Modelo de Trabajo en Redes – **están enfocados desde una mirada más sociológica o sistémica que psicológica o individual.**
- La única publicación que intenta proveer algún tipo de hipótesis explicativa desde el punto de vista de la víctima no constituye un manual de trabajo para funcionarios públicos.



- Los manuales del Ministerio de Salud en el tema **carecen de fundamentos teóricos que ayuden a sus profesionales a comprender este complejo fenómeno desde una mirada psicológica**. Es decir, hay una falta de integración de teorías o abordajes psicológicos a manuales confeccionados por el MINSAL.
- El Ministerio de Salud en particular ofrece **directrices muy escuetas** para intervenir con mujeres que han sido violentadas por sus parejas, y dichas **indicaciones son de índole práctica y conductual, diseñadas para ser utilizadas sólo en la primera intervención** con una mujer abusada.
- Por lo demás, **no se emiten sugerencias sobre las maneras en que un profesional del sector público podría llevar a cabo un proceso de psicoterapia individual** con pacientes de estas características.
- De hecho, se logra comprobar, mediante el estudio independiente de la autora Patricia Provoste de la CEPAL que **cada centro estatal es responsable de diseñar e implementar su propio modelo de atención** para víctimas de violencia intrafamiliar.
- A partir del mismo estudio arriba mencionado, se confirma que el Ministerio de Salud ha experimentado algunas dificultades importantes para hacerse cargo plenamente del tema de la violencia doméstica en sus dependencias, lo cual probablemente ha afectado negativamente la lucha que el Estado ha emprendido contra este mal. Dicho hecho se hace visible principalmente mediante tres datos expuestos en la investigación:

(1) Se constata que algunos Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar (COSAM) **no son capaces de cubrir la demanda real de tratamientos rehabilitadoras por una falta de recursos económicos y de personal**.

(2) Existe algún indicio, basado en el relato de una funcionaria del COSAM de Quinta Normal, de que **no existen registros serios y centralizados de los servicios prestados** dentro de los programas de violencia conyugal, **ni se efectúan fiscalizaciones periódicas** de las acciones emprendidas en los sectores locales por parte del Ministerio de Salud.

(3) De acuerdo a esta misma funcionaria, entrevistada en el año 2007 aproximadamente, **ningún profesional de su lugar de trabajo ha recibido**

**capacitaciones en la temática de violencia intrafamiliar desde el año 1994.**

Además, relata que, aunque tienen algún conocimiento sobre las formas de intervenir sugeridas por el Ministerio de Salud, los trabajadores de la salud pública **no tienen acceso a dicho material directamente.**

Por lo tanto, no se hace difícil establecer un nexo entre las falencias del Ministerio anteriormente explicitadas y el modelo de atención para mujeres víctimas de violencia que se utiliza en el COSAM de Conchalí. Fue posible comprobar que existe una serie de deficiencias importantes en él, tanto teóricas como metodológicas. Estas son:

- El modelo en cuestión no está construido en base a una teoría en particular, sino que toma prestado aportes desde una variedad de enfoques, resultando ser demasiado ‘eclectico’ teóricamente. Integra indicaciones de tipo cognitivo-conductual y psicoeducativo principalmente, pero también contiene aportes desde el enfoque Sistémico (Modelo Ecológico), el Modelo de Trabajo en Redes y el de Competencias en alguna medida. En definitiva, se constata una **falta de coherencia en cuanto a las bases teóricas** sobre las cuales está diseñado el modelo.
- Por lo demás, las intervenciones sugeridas para intervenir con mujeres están enfocadas a durar muy poco tiempo, y a **producir resultados visibles, más que romper el ciclo de violencia definitivamente** en el largo plazo.
- En cuanto al aspecto metodológico, fue posible observar algunas contradicciones e incongruencias entre los supuestos teóricos que sustentan el modelo y las indicaciones contenidas en él. Por ejemplo, los mandatos del Modelo de Competencias promueven una relación horizontal entre tratante y usuario, para así evitar reproducir patrones paternalistas o de control social, mientras que el modelo de atención de Conchalí considera aceptables tácticas como la ‘amenaza de judicialización’.
- Asimismo, el hecho que el Ministerio de Salud brinde total libertad a sus dependencias para confeccionar sus propios modelos de intervención ha posibilitado, en el caso del modelo de atención en cuestión, que el tratamiento para mujeres pueda contener indicaciones que, en mi opinión, abusan del vínculo transferencial y pasan a llevar los propios deseos de la paciente en algunos casos. Esto, como se vio, en cuanto a ciertas condiciones que se imponen para llegar a las

últimas etapas de la rehabilitación (que la violencia haya cesado necesariamente, casi siempre mediante la salida de la pareja abusiva del hogar y/o la judicialización del caso).

- En estrecha relación con este último punto, la libertad que tienen los entes dependientes del Ministerio y la falta de fiscalización por parte de este último, ha permitido que se incluyan en el modelo del COSAM de Conchalí tácticas de intervención de origen desconocido como 'inducción de la fase de rabia'. Ésta opera bajo la premisa de que la rabia es el sentimiento más apto para generar cambios en las vidas de estas pacientes y que parte del proceso terapéutico es intencionar que surja dicha sensación en la paciente, a pesar de que no se puede encontrar en ningún texto del Sernam o del Ministerio. No hay estudios locales sobre la efectividad y efectos, ya sean positivos o negativos, de dicha estrategia.

Ahora bien, en cuanto a las implicaciones de esta investigación, es mi opinión que la información expuesta aquí podría servir como aporte para mejorar, o al menos para reflexionar sobre, las formas más aceptadas o normalizadas para intervenir con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en Chile. En este sentido, se espera que el presente trabajo ayude a los profesionales que trabajen con dichas pacientes a repensar su quehacer profesional, y cuestionar si las técnicas que están empleando están siendo realmente efectivas en el largo plazo.

Por otra parte, creo que es importante que las personas que trabajen en programas estatales de violencia doméstica estén conscientes de las deficiencias que existen a nivel del Ministerio de Salud, y de los efectos potencialmente nocivos que éstas puedan generar. La casi nula fiscalización del Estado chileno de los programas rehabilitadores y las escasas capacitaciones para los funcionarios de los centros estatales en materia de violencia dejan tanto a los profesionales, como a los usuarios de los servicios públicos, en una situación bastante precaria. Por lo demás, la responsabilidad que tienen los tratantes de diseñar un modelo de atención, además de 'autocapacitarse' periódicamente en el tema de violencia intrafamiliar, podría resultar bastante abrumadora. Así, también se espera que el presente escrito ayude a dichos trabajadores de la salud mental a generar nuevas ideas de intervención, y a ser más críticos y consecuentes con las teorías y metodologías que deciden emplear. En última instancia, se cree que el presente trabajo

podría utilizarse como el punto de partida para un nuevo y mejorado modelo de intervención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Para concluir, se sugiere para una investigación futura realizar un estudio del modelo de atención para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en otro(s) Centro(s) Comunitario(s) de Salud Mental para determinar de qué manera las falencias del Ministerio de Salud afectan la planificación e implementación de estrategias en violencia doméstica a nivel más amplio. Otra sugerencia de investigación futura es efectuar una investigación de las tácticas de intervención utilizadas para atender a agresores en programas de violencia intrafamiliar estatales para pesquisar sus deficiencias. Por último, se propone a otros investigadores emprender un estudio piloto con un nuevo modelo de atención, diseñado sobre una base teórica sólida, con una metodología coherente con dicha teoría y basada en una ética de respeto por el/la paciente, por sus tiempos psíquicos y por sus deseos.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araya Ramírez, C (2003). Escala para medir creencias que perpetúan la violencia intrafamiliar, estudios preliminares [versión electrónica]. *Revista Psykhé*. Extraído 23 de abril de 2011 desde <http://www.buentrato.cl/>

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2005). Historia de la Ley 20.066: establece ley de violencia intrafamiliar [versión electrónica]. *Diario Oficial*. Extraído el 4 de junio de 2011 desde <http://www.google.cl/url?sa=t&rct=j&q=congreso%20nacional%20historia%20de%20la%20ley%2020.066&source=web&cd=1&ved=0CE0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.leychile.cl%2FNavegar%2Fscripts%2Fobtienearchivo%3Fid%3Drecursoslegales>

[%2F10221.3%2F561%2F1%2FHL20066.pdf&ei=P9O7T-DDL424hAfJntSCCQ&usg=AFQjCNFdZEgkcF6kuTcOnk4lhACP1zt\\_g](#)

Bustos Ibarra, C (2002). Políticas públicas para la prevención de la violencia intrafamiliar: análisis del programa de resolución no violenta de conflictos, Sernam, VIII Región [versión electrónica] Extraído el 10 de enero de 2011 desde <http://www2.udec.cl/~ssrevi/numero5/ion01.htm>

Cabrera, P., Calderón, L., Cevallos, E., de La Torre, M., Velasteguí, J., (2008). Normativa y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida [versión electrónica]. Extraído el 4 de junio de 2011 desde [http://ypinaction.org/files/02/00/Ecuador\\_Protocolo20de20violencia.pdf](http://ypinaction.org/files/02/00/Ecuador_Protocolo20de20violencia.pdf)

Castillo Beltrán, Y. (2005) Género y violencia en la pareja en México [versión electrónica]. Extraído el 7 de abril de 2011 desde <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Castillo/indice.pdf>

Freud, S. (1979a) *Obras Completas. Volumen 17: De la historia de una neurosis infantil (Caso del Hombre de los lobos) y otras obras (1917-1919)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Freud, S. (1979b) *Obras Completas. Volumen 19: El yo y el ello y otras obras (1923-1925)*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Larraín Cruz, R. (1994). Ley N°19.325: Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar [versión electrónica]. *Diario Oficial*. Extraído el 7 de abril de 2011 desde <http://www.intendenciavalparaiso.gov.cl/filesapp/LEY%2019325%20DE%20VIOLENCIA%20INTRAFAMILIAR.pdf>

Larraín Cruz, R. (2005). Ley N. 20.066: Establece ley de violencia intrafamiliar [versión electrónica]. *Diario Oficial*. Extraído el 7 de abril de 2011 desde <http://www.cepal.org/oig/doc/Chi200520066ModificaLeyVIF1994.pdf>

Ministerio de Salud de Panamá (2002). Género y Violencia. Panamá: Poligráfica S.A.

Ministerio de Salud (1998). Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar [versión electrónica]. Extraído el 10 de abril de 2011 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/71e55238a2042745e04001011f01638a.pdf>

Ministerio de Salud (2004). Normas y guía clínica para la atención en servicios de urgencia de personas víctimas de violencia sexual [versión electrónica]. Extraído el 10 de abril de 2011 desde [http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/vih2007/centrodedocumentacion/normativas/norma violenciasexual.pdf](http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/vih2007/centrodedocumentacion/normativas/normaviolenciasexual.pdf)

Ministerio de Salud (2010). Objetivos estratégicos en salud [versión electrónica]. Extraído el 10 de abril de 2011 desde <http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/item/94a33f151ef4a574e04001011f0131dd.pdf>

Ministerio de Salud (2011). Resultados esperados para objetivos estratégicos en salud [versión electrónica]. Extraído el 15 de abril de 2011 desde <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/99ce9dc344b31ee3e04001011e0111bc.pdf>

Provoste, P. (2007). Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile [versión electrónica]. Extraído el 2 de junio de 2011 desde <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/6/34076/lcl2722.pdf>

**Rojas Chandía, P., Cam Loo, Y. (2005). Dificultades en la asimilación de la VIF como un problema de salud pública en la APS de Copiapó [versión electrónica]. Extraído**

el 23 de abril de 2011 desde [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Dificultades\\_en%20\\_la\\_asimilaci%F3n\\_de\\_la\\_VIF\\_como\\_un\\_problema\\_de\\_salud\\_p%FAblica\\_en\\_la\\_APS\\_de\\_Copiap%F3.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202005/Dificultades_en%20_la_asimilaci%F3n_de_la_VIF_como_un_problema_de_salud_p%FAblica_en_la_APS_de_Copiap%F3.pdf)

**Sernam (1994).** Abordaje psicosocial y juridico a victimas de la violencia intrafamiliar [versión electrónica]. **Extraído el 15 de abril de 2011 desde** [http://www.buentrato.cl/pdf/est\\_inv/violen/vp\\_abordaje.pdf](http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/violen/vp_abordaje.pdf)

Sernam (2009a) Documento de Trabajo N° 105: Análisis de la Violencia en las Relaciones de Pareja entre Jóvenes [versión electrónica]. Extraído el 2 de mayo de 2011 desde [http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/chile/Violencia\\_en\\_parejas\\_jovenes\\_SERNAM.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/Violencia_en_parejas_jovenes_SERNAM.pdf)

Sernam (2009b) Documento de Trabajo N° 107: Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja [versión electrónica]. Extraído el 2 de mayo de 2011 desde [http://www.feim.org.ar/pdf/blog\\_violencia/chile/Ruta\\_Criticia\\_de\\_mujeres\\_con\\_Violencia\\_SERNAM.pdf](http://www.feim.org.ar/pdf/blog_violencia/chile/Ruta_Criticia_de_mujeres_con_Violencia_SERNAM.pdf)

Sernam (2012) ¿Qué es el Sernam? Extraído el 10 de enero de 2012 desde <http://sernam.cl/portal/index.php/about-sernam>

Sernam (año desconocido). Las 42 cosas que debes saber sobre violencia intrafamiliar [versión electrónica]. Extraído el 12 de abril de 2011 desde [http://www.munitel.cl/file\\_admin/archivos\\_munitel/oportu/oportu4.pdf](http://www.munitel.cl/file_admin/archivos_munitel/oportu/oportu4.pdf)

## VIII.APÉNDICES

Resumen de modelo de intervención de COSAMs por Patricia Provoste:

**1. Detección:** En esta primera etapa los/las profesionales del salud realizan la aplicación de un **Instrumento de Tamizaje**, destinado a pesquisar situaciones de violencia en el servicio maternal, el Programa de la Mujer y el Programa de Depresión.

**2. Intervención de primer orden y diagnóstico:** Esta fase tiene como finalidad fortalecer los recursos personales y relacionales en las mujeres, favoreciendo su protección y su vinculación a recursos de atención especializada. Para este fin se elaboró un detallado **Instrumento de Diagnóstico en Violencia Intrafamiliar**, que permite establecer las características y grados de la violencia hacia la mujer de parte de su pareja y determinar el diseño más adecuado de la intervención para cada caso. Aquellas mujeres que presentan un perfil leve a moderado y sin factores de riesgo vital, serán la población objetivo del Programa en el Nivel Primario. Las que presentan perfiles de moderados a severos serán derivadas al nivel secundario de atención.

**Intervención Integral.** Esta fase contempla tres modalidades de intervención, que están apoyadas en una **Guía Clínica** y un **Protocolo de Grupo**. La principal es la **Intervención Psico-social de Grupo**, prevista para 12 sesiones de 2 horas cada una. Se recurre a la **Atención Individual** en casos especiales. Se considera también una **Intervención Familiar**, que incluye a personas significativas del entorno inmediato de la mujer, exceptuando a quien ejerce abuso.

**Intervenciones Complementarias.** Además de las fases señaladas, el modelo considera otras formas de intervención tales como: visita domiciliaria; control y seguimiento de casos; tratamiento farmacológico; consulta social y/o consulta jurídica. Cada mujer puede recibir algunas o todas estas prestaciones, dependiendo de sus necesidades y características y de la situación de violencia que vive.

Modelo de Atención para mujeres víctimas de VIF, COSAM de Conchalí

Diapositiva 3





Diapositiva 4



Diapositiva 5



Diapositiva 6



Diapositiva 7



Diapositiva 8



Diapositiva 9



Diapositiva 10



Diapositiva 11



Diapositiva 12



Diapositiva 13



Diapositiva 14



Diapositiva 15



Diapositiva 16

