

ABORDAJE PSICOSOCIAL Y JURIDICO A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

PRIMERA PARTE: MARCO CONCEPTUAL

1. LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL AMBITO PUBLICO

1.1 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO PROBLEMA DE DERECHOS HUMANOS.

Históricamente la violencia al interior del hogar era considerado como un problema del ámbito privado de las personas. Las Naciones Unidas considera la violencia intrafamiliar como un problema legítimo de Derechos Humanos y así lo establece en las Convenciones Internacionales que Chile ha ratificado: *Carta de la Naciones Unidas de Derechos Humanos*, *Convención para la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer*, (ratificada por Chile en 1989) *Convención de los Derechos del niños* (ratificada por Chile en 1990)

Definir la violencia intrafamiliar como un problema de Derechos Humanos implica la obligación del Estado de velar por estos derechos a través de sus instituciones. Estos es, tanto a través de la legislación vigente como a través de sus políticas sociales.

Cuando se atenta contra la integridad y los derechos de las personas, esto deja de ser un problema privado y se transforma en un problema público que compete a toda la comunidad.

1.2 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

El impacto de la violencia intrafamiliar en los servicios de salud, especialmente servicios de urgencia, traumatología, ginecología y obstetricia y pediadría, ha situado a la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública. El Plan Regional de Acción Regional de la OPS sobre salud y violencia resalta el peso que recae sobre el sector salud como consecuencia de la violencia intrafamiliar

Los traumas causados por violencia que no resultan en muerte, ocasionan daños físicos y psicológicos que limitan la funcionalidad individual y social. La morbilidad relacionada con la violencia, además, congestiona los servicios de salud, aumenta los costos globales de atención y afecta su calidad y cobertura. Al elevar sustancialmente la demanda en los servicios, obliga a asignar recursos adicionales o desviar los asignados a la prevención y atención básica, hacia la satisfacción de la nueva demanda inducida por los hechos de violencia. El sector salud constituye el receptáculo de todos los corolarios de la violencia por la presión que ejercen sus víctimas sobre los servicios de urgencia, la atención especializada, la rehabilitación física y psicológica y la asistencia social

(OPS, 1994, Pg.1)

Esto plantea importantes tareas para este sector. En primer lugar una sensibilización del personal del sistema de salud en todos sus niveles. Luego, la readecuación de los sistemas de detección y atención en relación a los problemas de violencia intrafamiliar. El desarrollo de nuevas metodologías de intervención y por último, el desarrollo de sistemas adecuados de registro que permitan la puesta en

marcha de sistemas adecuados de vigilancia en relación a este grave problema.

1.3 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO PROBLEMA DE EDUCACIÓN: CONTEXTO SOCIO-CULTURAL

Aunque el maltrato hacia la mujer y hacia los niños se da en el ámbito privado de la familia es importante ubicarla en un contexto social más amplio cuyas características son reproducidas por el sistema familiar. La cultura patriarcal ha impuesto un modelo de relaciones basado en el control de los más fuertes sobre los más débiles, en el que la violencia física no es sino una de las formas de control, que se ejerce cuando se ve amenazada la autoridad paterna o del jefe del hogar. Este contexto social no sólo ha permitido la violencia en varias de sus formas sino que además las perpetúa en los distintos sistemas de la comunidad, como son el sistema de salud, el sistema educacional y el sistema judicial (Eisler, 1987, Guillian, 1994)

Una de las características de las familias en cuyo interior se produce abuso y maltrato es el aislamiento social en el cual se encuentran. Esta situación de aislamiento conspira contra la posibilidad de abrir el tema del maltrato y por lo tanto interrumpirlo.

El Sistema educacional está en una posición privilegiada para poder influir en el problema de la violencia intrafamiliar. Tanto por sus posibilidades de detección y por lo tanto de romper el silencio en torno al tema, como por la oportunidad de entregar mensajes educativos a los estudiantes y a sus familias que contribuyan a modificar los patrones de la cultura patriarcal que avalan el maltrato al interior de las familias.

Barudy (1992) habla de los sistemas abusivos que son aquellos sistemas en que la violencia se produce como un abuso de poder y en un contexto de silenciamiento de las víctimas que no les permite romper el circuito abusivo. La base de estos sistemas abusivos es el secreto, el silencio en relación a la situación de abuso, que es la que permite que el sistema se perpetúe sin que terceros puedan intervenir para romper el circuito abusivo. El papel de los actores sociales es justamente el romper el pacto de silencio en relación al abuso y abrir el tema.

El sistema abusivo se da en un contexto social que lo permite y lo avala. Los discursos que justifican al maltratador, culpabilizan a la víctima y la no existencia de canales adecuados para denunciar, pedir ayuda e interrumpir el ciclo de la violencia intrafamiliar son indicadores de un contexto socio-cultural que ampara por la vía de la invisibilización y la descalificación una situación de injusticia y de falta de equidad hacia un gran grupo *minoritario*. (Barudy, 1993).

Una de las consecuencias del sistema de creencias que circula en la cultura patriarcal ha sido la invisibilización de la violencia. Ravazzolla (1992) llama la atención sobre este hecho en su artículo “No vemos lo que no vemos”, en que hace mención a cómo los operadores sociales (médicos, abogados, psicólogos) no registramos el malestar que produce la visualización de actos de violencia, y por lo tanto no los percibimos y no nos damos cuenta que no los percibimos. Este fenómeno es especialmente grave si se piensa que los operadores sociales son los únicos que están en posición de intervenir para romper el ciclo de la violencia y permitir que las víctimas activen sus recursos para salir de él (ACOG, 1992). Este punto llama la atención sobre la necesidad de trabajar con los profesionales y paraprofesionales que eventualmente están en contacto con víctimas de abuso, a fin de *desanestesarlos* y permitirles registrar los malestares que se relacionan con la violencia.

2. CONCEPTO Y DEFINICION DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1.2 CONCEPTO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El concepto de violencia siempre apunta a un ejercicio del poder que implica empleo de la fuerza y por lo tanto se da en situaciones de desigualdad, de desequilibrio de poder. Estos desequilibrios de poder no son necesariamente evidentes para un observador, a veces basta que uno crea en la fuerza y poder del otro para que se cree el desequilibrio (Corsi, 1994).

Es interesante que la motivación de las conductas violentas no son las de dañar al otro, sino la de someterlo por la fuerza, es decir, obligarlo a hacer lo que por su propia voluntad no haría. Estos es lo que ocurre en la mayoría de los casos de violencia contra la mujer, en que el golpeador declara no tener la intención de dañar, sino simplemente de ser *obedecido*. La no intención de dañar por parte del maltratador no implica que el daño no ocurra, ya que por definición el abuso de poder infiere daño físico o emocional al abusado (Del Martin, 1976; Corsi, 1994; Barudy, 1992).

Al interior de la familia las interacciones violentas se organizan en torno a dos variables: el poder y el género. El poder, dando origen a una estructura vertical de acuerdo a criterios de género y edad, en que las mujeres están *naturalmente* en una posición jerárquicamente inferior al hombre. El género, ligado a estereotipos culturales que atribuyen más valor a lo masculino ubica a la mujer en un orden jerárquico inferior, desde una perspectiva jurídica y también psicológica. (Corsi, 1994, Ravazzolla, 1992, Walters, 1994).

Corsi (1994) considera los siguientes elementos para evaluar el potencial de violencia de una familia:

- Grado de verticalidad de la estructura familiar
- Grado de rigidez de las jerarquías
- Creencias en torno a la obediencia y el respeto
- Creencias en torno a la disciplina y al valor del castigo
- Grado de adhesión a los estereotipos de género
- Grado de autonomía relativa de los miembros.

Estos elementos constituyen factores de riesgo importantes al interior de una familia en relación a la presencia de conductas violentas, en cualquiera de sus modalidades: física, sexual, psicológica, con el objeto de controlar la relación. Las conductas violentas del más fuerte sobre el más débil no son sino una forma más de controlar la conducta del otro.

1.3 DEFINICIÓN E IMPACTO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La violencia doméstica se refiere a actos de agresión en el seno de la familia con la intención de intimidar, controlar o *disciplinar* y que afectan habitualmente a los miembros más vulnerables, como son los niños y las mujeres, pero que implican a todo el grupo familiar. Un 25% de las mujeres en Chile son víctimas de maltrato al interior de sus familias (Larrain, 1990) y al menos un 35% de los niños menores de 15 años es maltratado físicamente o abusado por sus padres o cuidadores. Este porcentaje indica sólo una pequeña parte del problema y se refiere a aquellos casos detectados por terceros, ya que

los niños en general no pueden denunciar abusos o maltratos.

El maltrato infantil tiene un impacto múltiple en la sociedad ya que una alta proporción de niños maltratados se transforma en adultos abusadores y maltratadores. Más de un 75% de mujeres que ejercen prostitución tienen antecedentes de haber sido abusadas cuando niñas por un miembro de su grupo familiar. Hay evidencia que indica que el ser sometido a maltrato en una temprana edad aumenta la probabilidad de tener conductas violentas, lo que implica un impacto en la comunidad que va más allá de los límites de la vida familiar. Lo mismo ocurre con las mujeres maltratadas quienes presentan un alto riesgo de convertirse en madres maltratadoras. Estos sin considerar el grave daño psicológico en términos de autoestima, que se traduce muchas veces en conductas autodestructivas que pueden llevar a depresiones, adicciones y suicidios en las víctimas y sobrevivientes del maltrato y abuso.

En Chile sólo a partir de la década del 80 se han comenzado estudios sobre la violencia contra la mujer indicando cifras preocupantes por una parte (Estudio exploratorio de Moltedo, 1993 que indica que un 80% de las mujeres pobladores son víctimas de algún tipo de violencia al interior de sus familias)(CIDEM, 1994) Por otra parte, aparece la gran dificultad de realizar investigaciones confiables debido a lo silenciado del problema, la falta de registros confiables y la dificultad para acceder a este tipo de información.

En Estados Unidos, el FBI estimó en 1972 que las denuncias por maltrato a la mujer correspondían sólo al 10% de los casos reales. Esa misma fuente informa que un tercio de los asesinatos de mujeres en Estados Unidos corresponden a mujeres asesinadas por sus maridos (Del Martin, 1981). Un estudio de 1987 sobre más de dos mil casos de maltrato registrados en un lapso de cinco meses en la Comisaría de Policía de la Mujer en Sao Paulo, más del 70% correspondían a

casos denunciados de violencia contra la mujer ocurrían en el hogar y en todos los casos el abusador fue el esposo o conviviente (Heise, 1994). Estas cifras apuntan a que el lugar más peligroso para una mujer, aquel en el cual corre mayor riesgo, es su propia casa (Walters, 1994), o como lo plantea Gelles “la relación más frecuente entre un asesino y su víctima es una relación familiar...” (Gelles, 1978, p 172).

2.3 PERSPECTIVA ECOLÓGICA COMO MODELO DE ABORDAJE

Una perspectiva ecológica permite considerar distintos niveles de de recursión o de análisis al acercarse al fenómeno de la violencia. (Keeney, 1987; Brofenbrenner, 1987; Corsi,1994). Es decir, considerar el fenómeno abriéndose a distintas perspectivas.

- Nivel individual, que supone la consideración de las variables personales, como historia de vida, características de personalidad, estilos cognitivos, estilos de resolución de conflictos, sistema de creencias y valores internalizados.
- Nivel microsistémico: se refiere a los grupos (microsistemas) a los cuales se adscribe el individuo. Específicamente la familia y las redes sociales primarias.
- Nivel exosistémico: se refiere al conjunto de sistema de la comunidad que son los que median entre el individuo, la familia y el sistema cultural más amplio.
- Nivel macrosistémico: los sistemas de creencias y valores del contexto cultural. En el casos de violencia corresponde al sistema de

creencias y valores del sistema patriarcal.

Ninguno de estos niveles por sí solo da cuenta del fenómeno de la violencia intrafamiliar, sin embargo todos aportan tanto a su nivel de conceptualización como a la posibilidad de diseñar estrategias de intervención curativas o preventivas.

La perspectiva ecológica sugiere que el abordaje más eficiente de un problema como la violencia intrafamiliar debe incluir todos los niveles y por lo tanto a todos los sectores. Así como la violencia no es el resultado de factores solamente individuales, o exclusivamente familiares, o sólo del contexto cultural, el abordaje tampoco puede ser unisectorial

Los abordajes desde distintos niveles implican un esfuerzo importante de conexión entre los distintos sectores y un esfuerzo de trabajar asociadamente.

2.4 TIPOS DE VIOLENCIA Y

GRUPOS MAS AFECTADOS¹

1. Maltrato infantil

Toda conducta que, por acción u omisión interfiera con el desarrollo físico, psicológico o sexual de los niños y jóvenes

- Maltrato físico

Toda agresión física, no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico, lesión o enfermedad en el niño o joven.

La intensidad del daño puede variar desde lesiones leves a lesiones mortales

- Maltrato emocional

Hostigamiento verbal habitual de un niño a través de insultos, críticas, descalificaciones, ridiculizaciones, constante bloqueo de las iniciativas infantiles así como rechazo implícito y explícito

- Ser testigo de violencia intrafamiliar

niños que presencian situaciones de violencia entre los padres, hacia la madre, o hacia otros miembros de la familia.

- Explotación

Se refiere a situaciones en que los padres o cuidadores, buscando ventaja económica, fuerzan al niño a desempeñar labores que no corresponden a su etapa de desarrollo y atenta contra los Derechos del niño. Tal como forzar al niño a realizar trabajos que atenten contra su salud e interfieran con su educación

¹ Adaptado de la propuesta para Normativas del sector Salud en el tema de Violencia Intrafamiliar, Comisión de Violencia Intrafamiliar, Area de Salud Mental Ministerior de Salud.

- Abuso sexual
Cualquier forma de contacto sexual o erotización con un niño por parte de un familiar o tutor adulto.
Se considera abuso sexual la exhibición, la involucración en situaciones de pornografía, la explotación sexual.
La intensidad puede variar desde la exhibición, involucración del niño en situaciones eróticas, la seducción y la violación.
- Abandono y negligencia en los cuidados
Falta de protección y cuidados físicos al niño por parte de sus padres o cuidadores, así como falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva.

2. Violencia en la pareja

Se refiere a las situaciones de violencia que ocurren entre los miembros de la pareja. Estas situaciones se producen en forma cíclica y con intensidad creciente.

- Maltrato de la mujer
Es la forma más frecuente de violencia en la pareja .
Puede manifestarse en distintas formas

Violencia física:

Se refiere a los golpes, bofetadas, patadas, empujones, golpes con utensilios, mordiscos, lesiones con armas.

Esta violencia se da en ciclos de intensidad creciente y puede llegar al homicidio

Violencia Emocional

Se refiere a conductas como insultos, gritos, críticas

permanentes, descalificaciones, humillaciones, privación de la libertad, o bien silencios prolongados. Abuso financiero.

Abuso sexual

Consiste en la imposición de actos en el ámbito de la sexualidad, contra la voluntad de la mujer. Incluye la violación marital.

- Violencia recíproca o cruzada

Maltrato ejercido por ambos miembros de la pareja de manera recíproca.

La violencia cruzada puede ser física o verbal

Se excluyen las situaciones en que conducta violenta ocurre en legítima defensa.

3. Maltrato de ancianos

Todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia.

Comprende agresiones físicas, tratamiento despectivo, abandono emocional, descuido en los cuidados básicos, médicos, abuso emocional y financiero.

4. Maltrato a discapacitados

Todo acto que por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a personas discapacitadas, ya sea por parte de miembros de la familia o de cuidadores. Se refiere a tipos de

maltrato que no estén considerados en las categorías anteriores y que afectan a personas que por su condición de mayor vulnerabilidad se encuentran en una posición de dependencia que los ubica en una situación de mayor riesgo en relación al maltrato.

3. LA SITUACIÓN EN CHILE

El fenómeno de la violencia familiar no es un problema nuevo en el mundo pero sólo en las últimas décadas se ha puesto sobre la mesa como un problema social, que sobrepasa el ámbito de lo privado. En la década de los 60, se definió el “síndrome del niño golpeado” dándole un status de problema social a fenómenos que antes estaban invisibilizados. Lo mismo ocurrió con la influencia del movimiento de mujeres en los años 70 que llamaron la atención sobre otro problema invisibilizado: la violencia contra la mujer. Aún cuando estas denuncias no tuvieron mucho eco en la comunidad cuando comenzaron, hoy en día son reconocidas como un problema real y de alta incidencia, y constituyen una preocupación central en las principales Instituciones de los países.

Ejemplos de esta preocupación en Chile son la incorporación del Plan Regional Regional de la Organización Panamericana de la Salud sobre Salud y Violencia (OPS, 1994) a los programas de salud, la ratificación a las Convenciones Internacionales sobre los derechos del niño y de la mujer, la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar (Diario Oficial, 1994), el programa Escuelas para la Paz, del Ministerio de Educación.

Finalmente el reconocimiento público del Papa (1995) acerca de la situación de injusticia en que ha vivido la mujer y el

reconocimiento a los movimientos feministas que lo han denunciado es una clara señal de comienzos de un cambio en el contexto cultural.

En Chile a partir de 1990 el tema de la violencia contra la mujer se puso en la agenda pública. Se creó el Servicio Nacional de la Mujer y se apoyaron iniciativas legislativas que culminaron en 1994 con la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar, que ha significado, además de sus implicaciones legales, una sanción social del abuso y del maltrato como un crimen. La existencia de una Ley de violencia intrafamiliar es una señal clara para la comunidad en el sentido de cambiar las creencias en relación a la situación de subordinación de la mujer al interior de la familia.

La promulgación de esta ley ha creado grandes expectativas en las víctimas de abuso y maltrato frente a las que los servicios comunitarios no siempre están en condiciones de responder. Ha significado una sobrecarga en los servicios asistenciales que no siempre tienen la suficiente preparación ni los recursos para atender este tipo de casos. El sistema judicial también se ha visto sobrecargado especialmente porque la ley indica que las denuncias deben hacerse en los juzgados civiles, que habitualmente no tienen una infraestructura adecuada ni experiencia en el abordaje de “casos sociales”.

El Ministerio de Salud ha designado a los grupos PRAIS (Programa de reparación a víctimas de la represión política) para atender a las víctimas de violencia intrafamiliar organizando programas de capacitación en el tema para sus equipos profesionales. En el mismo sentido, el Ministerio de Justicia ha creado un programa de Asistencia Jurídica pre-judicial, cuyos profesionales han recibido capacitación en el tema de violencia intrafamiliar.

A partir de 1990 la situación ha cambiado en términos de

acceso a la información y posibilidad de abrir el tema del abuso y maltrato en distintos sectores de la comunidad. El primer paso ha sido poner el tema sobre la mesa, el segundo la sensibilización de los distintos sectores en relación al tema de la violencia. En este momento se trabaja en la capacitación en torno al abordaje de los problemas de violencia y queda pendiente el gran desafío de crear redes intersectoriales y comunitarias que fortaleciéndose mutuamente sean capaces de generar estrategias creativas para la prevención y abordaje de los problemas de violencia intrafamiliar.

SEGUNDA PARTE

UN MODELO DE INTERVENCION EN REDES PARA LA PREVENCION Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

1. MARCO TEORICO

1.2. EL MODELO DE COMPETENCIA²

En relación al exosistema, es decir, a las instituciones que median entre el contexto cultural más amplio y el individuo y su microsistema, un tema importante es el de los modelos de salud mental imperantes. En las últimas décadas se ha evolucionado desde los modelos más tradicionales de salud mental, muy ligados a un modelo médico, hacia modelos alternativos. Estos modelos, llamados también modelos de Bienestar Psicosocial o Modelos de Competencias (Arón, 1992), proponen un concepto de salud mental que va más allá de la ausencia de enfermedad y que incluye el desarrollo de las propias potencialidades en una relación de equidad con su eco-sistema social.

Estos modelos promueven relaciones de respeto y de cooperación entre los especialistas y los consultantes; manejan un supuesto de confianza en los recursos de los individuos y la comunidades para resolver sus propios problemas; enfatizan las intervenciones preventivas en lugar de las curativas, y establecen relaciones de fortalecimiento y asociación con los consultantes y con los miembros de otros equipos de trabajo. Es en el contexto de este modelo alternativo de salud mental donde se inserta el programa comunitario de apoyo y prevención del maltrato intrafamiliar que se expondrá en este documento.

² Este capítulo está adaptado del artículo "Modelo de Salud Mental Comunitaria en Chile", Arón, Ana María, en Lolas, Florenzano, Gyarmaty y Trejo (Eds) Ciencias Sociales y Medicina Perspectiva Latinoamericana. Editorial Universitaria, Santiago, 1992

¿SALUD MENTAL O BIENESTAR PSICOSOCIAL?

El concepto de Salud Mental no se refiere solamente a ausencia de enfermedad sino a un completo bienestar en los dominios físico, mental y social. Implica la capacidad de los individuos para interactuar entre sí de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo de las propias potencialidades y aquellas de la comunidad (Pemjean, 1989).

En ese sentido parece más adecuado hablar de Bienestar Psicosocial que de Salud Mental. Este concepto implica un estado de salud, como indicador de desarrollo y bienestar, pero no se agota allí. Supone también la satisfacción de las necesidades y el desarrollo de las potencialidades personales. Puede definirse el bienestar psicosocial de un individuo como un estado de satisfacción de sus necesidades y desarrollo de sus potencialidades respetando los principios de equidad en relación a los otros miembros de la comunidad.

Es importante diferenciar entre los conceptos de "desorden" o "enfermedad mental" y el de "problemas de salud mental" o "problemas psicosociales". Los primeros términos están anclados en la perspectiva del modelo médico de comprensión de los trastornos psicosociales. Se asocian a atención médica, a enfermedad y a intervenciones del tipo aislamiento, hospitalizaciones y tratamientos con medicamentos a cargo de profesionales de la salud.

La proposición de cambiar el término a "problemas psicosociales", supone una reconceptualización en las perspectivas del "bienestar psicosocial". Desde este enfoque se conceptualiza el

problema de salud mental como una alteración en la relación entre el individuo, el grupo o el entorno más amplio que puede originarse ya sea en:

- factores individuales (que incluyen "enfermedades")
- factores microgrupales (familia, redes sociales cercanas)
- factores institucionales (escuela, lugar de trabajo)
- factores del macrosistema

Esta forma de conceptualizar y "nombrar" los problemas de salud mental supone un cambio en los modelos de analisis, en el foco de las intervenciones, en el rol de los profesionales a cargo de las intervenciones y en el momento de las intervenciones.

MODELOS DE SALUD MENTAL

Los modelos más tradicionales de Salud Mental nacen dentro de una Psicología Clínica muy ligada a la psiquiatría tanto en sus concepciones teóricas como en el ejercicio práctico. El desarrollo de la Psicología Comunitaria planteó un desafío importante a la Psicología Clínica en términos de cómo debería ser la planificación de estrategias de intervención (Heller y Monahan, 1977). Los cambios más importantes se produjeron en:

- *la perspectiva teórica:*
cambio de una orientación centrada en déficits a una orientación centrada en las competencias.
- *el nivel ecológico:*
el foco de intervención incluye además del individuo los niveles organizacionales y comunitarios.

- *el momento de la intervención*:: orientación preventiva, intervenciones tempranas más que intervenciones tardías.

La orientación más tradicional en Salud Mental ha sido llamada también *orientación centrada en los déficit* (Heller y Monahan, 1977). El foco está en los problemas o desórdenes y la principal tarea de los clínicos es "remediar" los problemas existentes. En general el momento de intervención es tardío, cuando el problema ya se ha instalado, y el foco de intervención es el individuo, y rara vez se considera unidades sociales más amplias.

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.

Este cambio supone que las intervenciones se realizan cada vez más tempranamente, antes que el trastorno se desarrolle, prestando especial atención a los factores ambientales que promueven o interfieren con el ajuste de los individuos. En ese sentido, los esfuerzos de las acciones se dirigen a mejorar las condiciones ambientales que promueven un buen nivel de bienestar psicosocial y a disminuir aquellas que interfieren con él. Y también a apoyar la capacidad de enfrentamiento y resistencia de la población frente a situaciones dañinas futuras inevitables.

Este cambio se relaciona también con una creciente disconformidad que provoca el énfasis en lo patológico y la

consideración de la salud mental simplemente como la ausencia de enfermedad. Como alternativa se plantea una orientación centrada en las "fortalezas psicológicas" o "competencias", en que las intervenciones se refieren a crear y promover condiciones que faciliten el desarrollo de las potencialidades a la vez que los propios recursos en la solución de problemas relacionadas con el bienestar psicosocial.

Este cambio puede ser entendido también como el desarrollo de la *resiliencia*, es decir, de la capacidad de los individuos y los grupos para recuperarse luego que han sido sometidos a situaciones adversas (Rutter, 1990, Lösel, 1994). En ese sentido, se enfatiza el desarrollo de los factores protectores, considerando que eso es más seguro que tratar de controlar la ocurrencia de factores adversos o traumáticos

El supuesto básico con que opera este modelo de Salud Mental es el de confianza en los recursos del individuo y de la comunidad para resolver sus propios problemas. Esto no equivale a abandonar al individuo a su propia suerte, pero sí significa que quién debe hacerse cargo y resolver su problema es quién lo tiene. El papel del especialista es ayudarlo a descubrir sus propios recursos y a recobrar su confianza en ellos.

Esto supone una reformulación del rol de los profesionales de la salud mental cuya función en este nuevo modelo es la de planificar y evaluar estrategias de intervención en las que los principales agentes activos son los individuos, los grupos a los que pertenecen y en general la comunidad.

Los centros asistenciales y los profesionales especializados reducen considerablemente la atención directa de consultantes y se promueve necesariamente el trabajo y la colaboración

interdisciplinaria, aceptando que ninguna profesión tiene el monopolio sobre el bienestar psicosocial de la comunidad.

El rol principal de estos profesionales cambia hacia labores de capacitación y de supervisión de otros agentes, como los equipos de salud, los educadores, grupos de padres, agentes comunitarios, etc.

Esta nueva perspectiva supone además la incorporación de todos los sectores en la planificación de estrategias de prevención y apoyo en el área de los problemas psicosociales.

CONCEPTO DE PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Se han definido tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. Caplán (1964) definió y especificó el término "Psiquiatría preventiva como el cuerpo de conocimiento tanto teórico como práctico que puede ser utilizado para planificar y llevar a cabo programas que reduzcan:

1. la incidencia de los desórdenes mentales (prevención primaria).
2. la duración de estos desórdenes cuando ocurren (prevención secundaria).
3. los trastornos que ocurren como consecuencia de esos desórdenes (prevención terciaria)

Prevención Primaria:

Su objetivo es reducir la incidencia de problemas psicosociales o desórdenes mentales.

Puede ser inespecífica cuando se refiere a la promoción del bienestar Psicosocial o específica cuando se refiere a disminuir la incidencia de determinados problemas en el desarrollo psicosocial de la población. La prevención primaria específica supone la detección de grupos de riesgo y de factores de riesgo. Los grupos de riesgo se refieren a aquellos grupos que a partir de los estudios realizados aparecen como más vulnerables. Por ejemplo, en el área de violencia intrafamiliar, las personas que han sido abusadas y/o maltratadas en su infancia, o las que han sido testigos de violencia intrafamiliar, constituyen un grupo de riesgo en relación a al maltrato en sus propias familias. Del mismo modo, factores como el hacinamiento, la

pobreza, el desempleo, son factores que pueden operar como desencadenantes de situaciones de maltrato al interior de las familias por acumulación de tensiones, y constituyen, por lo tanto, factores de riesgo.

Los programas en este nivel pueden ir dirigidos a la comunidad en general, al sistema familiar, al sistema escolar, al sistema de salud, al sistema judicial, al sistema policial y/o las organizaciones comunitarias. Las acciones dirigidas a estas agencias suponen acciones previas de sensibilización, capacitación, de readecuación de los sistemas de interacción, y posteriormente supervisión.

Prevención Secundaria:

Se refiere a intervenir para reducir la prevalencia de un determinado problema, es decir y lograr que la persona que lo presenta puede recuperar su nivel de bienestar psicosocial anterior a la presentación del problema.

Supone la detección de grupos de riesgo y la atención de la demanda espontánea de consultantes, e implica una readecuación de los servicios asistenciales en términos de adecuarse a las necesidades de la población, tanto en términos prácticos (lugar y horario de atención) como en las ofertas de atención adecuadas a sus necesidades (foco de atenciones y eficiencia de atenciones).

Además de los servicios asistenciales, los programas de prevención secundaria se focalizan en otras agencias como el sistema escolar, organizaciones comunitarias y redes sociales.

En el caso del maltrato y abuso, se refiere a planificar estrategias de intervención que interrumpan la situación de abuso o

maltrato y a la vez desarrollar programas de apoyo que permitan a las víctimas recuperar un adecuado nivel de bienestar psicosocial.

Prevención Terciaria:

Corresponde a la rehabilitación de problemas que no han podido ser prevenidos. Las acciones concretas pueden ser planificadas y evaluadas por los servicios asistenciales y su personal especializado, pero no necesariamente realizadas por ellos. Esto supone utilizar los recursos de la familia, las redes sociales y en general de las organizaciones comunitarias en la rehabilitación de estas personas.

2.2. EL MODELO DE REDES³

Un modelo básico relacionado con el modelo de Competencia es el de *redes sociales* y el *modelo de intervención en red* (Dabas, 1994; Tancredi, 1991; Perone, 1991). Este modelo se refiere tanto a las redes personales de los consultantes como a las redes intersistemas, o intersectoriales.

La red social está constituida por todas aquellas relaciones significativas que una persona establece cotidianamente y a lo largo de su vida. En ese sentido, cada persona es el centro de su propia red, que está formada por sus familiares más cercanos, los amigos, compañeros de estudio y de trabajo, los miembros de las instituciones a las que acude habitualmente y los conocidos con quienes se ve sólo esporádicamente.

³ Este capítulo ha sido adaptado del artículo *Familia y Redes Sociales*. Aron, Anamaría (1990) en Gazmuri, Hamel y Arón (Eds) *Familia y Contexto Social*. Anales de las Terceras Jornadas de Terapia Sistémica.

Además de las dimensiones estructurales mencionadas las redes sociales pueden caracterizarse en relación a las funciones que cumplen. Las más importantes son las de compañía social, apoyo emocional, guía y consejo e intercambio de información, regulación social y apoyo instrumental.

La red social personal cumple funciones importantes para el bienestar psicosocial del individuo como es la de posibilitar la inserción social de la persona, básico para el desarrollo de su identidad no sólo en situaciones de crisis. Cada punto de la red es irremplazable, y es a la vez depositaria de la historia personal, de una parte de la propia identidad, de la retroalimentación social y del cuidado de la salud (Sluski, 1990)

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. Las personas que tienen redes sociales activas, que cumplen adecuadamente las funciones de apoyo social en sus distintas dimensiones, tienen menor probabilidad de deprimirse luego de pérdidas importantes, cuando se deprimen tienen menor riesgo de suicidio que quienes no poseen una red social activa, y el pronóstico en caso de presentar patologías, psiquiátricas y orgánicas es más positivo (Gotlieb, 1987)

Las explicaciones de estos hallazgos se conectan con otra importante línea de investigación que ha relacionado los eventos de vida estresantes y la incidencia y pronóstico de enfermedades tanto psiquiátricas (depresiones, suicidios, crisis de pánico, brotes

psicóticos), como no psiquiátricas (cáncer, enfermedades cardiovasculares, úlceras, otras enfermedades psicosomáticas). Los episodios de enfermedad habitualmente siguen muy de cerca a eventos de vida estresante, y se ha demostrado que existe una relación entre el número y la intensidad de los estresores de vida y los episodios de enfermedad. Los estudios indican que la acumulación de estrés aumenta la vulnerabilidad en general y la susceptibilidad a enfermarse, pero no es específica de una determinada enfermedad. Más bien la forma que toma la patología luego de una crisis de vida estaría más relacionada con factores predisposicionales. (Gotlieb, 1987).

Las redes sociales estarían cumpliendo un rol de amortiguar el impacto que los eventos estresantes tienen sobre la persona y lo harían a través de las siguientes funciones (Caplan, 1974):

- dan retroalimentación acerca de la situación provocadora de stress
- ayudan a movilizar sus recursos y a manejar sus emociones
- comparten sus tareas
- proporcionan ayuda material en la situación de crisis
- proporcionan información relevante

A modo de ejemplo, se ha hecho de estudios que indican que las mujeres, que tienen mayor riesgo de deprimirse como grupo comparado con los hombres (y las mujeres casadas, más que las solteras, probablemente por la sobrecarga real de funciones que culturalmente debe asumir la mujer casada y con hijos), disminuye el riesgo de presentar una depresión cuando tiene por lo menos un confidente, alguien con quien compartir sus problemas cotidianos. Cuando este confidente es además su cónyuge o su pareja estable, el riesgo de deprimirse disminuye aún más. (Gottlieb, 1987).

Estas investigaciones resaltan entonces el valor de las redes sociales como un nivel en el cual es posible intervenir para ayudar a las personas en sus problemas de salud mental. De hecho, el sólo contacto con miembros de la red primaria, familiares y amigos cercanos, puede predecir una mejoría en la capacidad de las personas de resistir eventos traumáticos, como por ejemplo en los casos de la "fatiga de guerra" y en los períodos de duelo post traumático (Levav, 1991). Esto significa incluir en la conceptualización de los problemas psicológicos y en el diseño de estrategias de ayuda, no sólo al individuo y a su familia sino también lo que se ha denominado la ecología social, es decir las fortalezas y debilidades del ambiente social en relación a su rol en la protección de la salud.

Quizás el cambio más importante de este modelo sea el de devolverle a las redes sociales la función que siempre tuvieron y que es la de acoger y apoyar a sus miembros en los momentos difíciles. Esto pone de relieve la necesidad de asumir como especialistas una postura más humilde, y de mayor confianza en la capacidad de las personas y los grupos para resolver sus propios problemas y para amortiguar sus crisis. El modelo más tradicional de salud mental centra la capacidad de resolución de problemas en los profesionales y en las instituciones y no en las personas, suplantando muchas veces los apoyos informales y creando dependencias en la tecnología de expertos

El modelo de intervención en red se refiere también al concepto de red social más amplio, que incluye al tejido social formado por los distintos grupos e instituciones de la comunidad.

“ Un práctica de red consiste en crear un contexto donde las redes puedan emerger...crear el contexto donde emergen las redes -poco importa qué tipo, familiar, social o

institucional- responde directamente a la necesidad de permitir que la gente se ayude a sí misma, utilizando sus propios recursos” (Elkaim, 1989 Pg. 104-105).

Elina Dabas plantea los siguientes objetivos de la intervención en red:

- Potenciar los niveles de relación (asociación existentes en los equipos técnicos
- Optimizar los recursos existentes en cada lugar: valorizar las acciones, utilizar los errores como elementos de aprendizaje.
- Colaborar en el procesos de descentralización del lugar del experto, contribuyendo a horizontalizar su participación y considerarla como una contribución que el grupo debe evaluar críticamente.
- Visualizar la comunidad como un sistema en que los demás subsistemas se acoplan sin perder su singularidad sino potenciando su accionar conjunto.
- Maximizar los procesos de socialización de la información.

(Elina Dabas, 1994 pg.73-76)

Una definición de red es el de una malla dentro de la cual se soluciona un problema.

“El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas que deciden asociar voluntariamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes” (Perone y Nirenberg, 1991).

La idea del trabajo en red está concebido como un mecanismo de desarrollo y cambio social al proponer nuevas formas de relación entre diferentes partes de la estructura social.

Uno de los supuestos básicos de este tipo de trabajo es que la gente tiene que ser activa en su proceso de desarrollo. “Los protagonistas de los programas de salud son dueños del problema y también de sus soluciones” (Kisil, 1991).

Perone (1991) se refiere al contexto del trabajo en red, como una modalidad que se relaciona tanto con un contexto político social como con un contexto de desarrollo de conocimiento y avance tecnológico. Describe los siguientes factores predisponentes del contexto político social para el trabajo en red:

- los procesos de democratización
- el avance de la participación social
- la descentralización de la administración del Estado
- el mayor énfasis en las acciones intersectoriales
- la creciente dispersión y transitoriedad del poder

Desde esa perspectiva, en nuestro país se están creando las condiciones que permiten un trabajo en red, sin embargo enfrentamos el gran desafío de cambiar estilos de funcionamiento que corresponden a modelos más arcaicos.

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.

Los modelos paternalistas reproducen también sus estilo de

relación en las relaciones al interior de los sistemas y entre los distintos sectores. intersistema, basado en relaciones de competitividad y de jerarquías dominadoras. Cada grupo de profesionales al interior del sistema y cada sector en relación a otros sectores se organizan jerárquicamente, estableciendo relaciones de control y sumisión, en que predominan las emociones de descalificación, inseguridad, v/s relaciones de cooperación entre los distintos sistemas sociales socializadores.

Las relaciones de cooperación entre distintos sectores permiten que los consultantes no pierdan su protagonismo cuando acuen a pedir ayuda, ni se vean atrapados entre disputas y conflictos que no les corresponden pero que los involucran y los atrapan sin ayudarles a resolver sus problemas.

1.3. INTERVENCION EN CRISIS

Las víctimas de violencia intrafamiliar habitualmente acuden a pedir ayuda cuando se encuentran en crisis. A veces puede tratarse de un crisis crónica que socaba la capacidad de la víctima para enfrentar otros eventos traumáticos. En ese sentido, los conceptos relacionados con la Teoría de la Crisis debieran considerarse en todo programa relacionado con la violencia intrafamiliar.

“El carácter chino que designa la palabra “crisis” es la combinación de dos caracteres que simbolizan el “peligro” y la “oportunidad”. Los componentes de una crisis son una situación de peligro y la oportunidad para resolverla”

(Minuchin y Barcai, 1972)

La crisis se define como una situación temporal de discomfort

dificultad tan radicalmente distinta que quien la sufre se ve obligado a cambiar sus modos habituales de enfrentamiento a los problemas, para superarla. Es en ese sentido que la posibilidad de cambio es inherente a las crisis.

Hay distintos tipos de crisis. Las crisis normativas, que relacionan con el ciclo de vida, y que ocurre cada vez que la persona pasa de una etapa del desarrollo a otra. También se las ha llamado crisis normativas o crisis esperadas. Por otra parte, existen las crisis no esperadas, o crisis circunstanciales, que corresponden a aquellos sucesos no esperados, como los desastres naturales, la muerte de un familiar, la pérdida del trabajo, la violencia intrafamiliar.

La respuesta de cada individuo frente a la crisis depende de la severidad del suceso, de los recursos personales para enfrentarlo y de los recursos sociales disponibles en el momento en que ocurre el evento estresante.

Las reacciones frente a las crisis se caracterizan por la desorganización, la sensación de vulnerabilidad y los problemas para enfrentar la situación problema. Se experimentan sensación de fatiga y agotamiento, confusión, ansiedad, desorganización del funcionamiento social (Slaikeu, 1988). La naturaleza de estos cambios cognitivos, productos de la crisis parecen estar relacionados por correlatos metabólico de la activación emocional que se produce en estas situaciones (Caplan, 1989)

Karl Slaikeu (1988) en su libro “Intervención en Crisis” plantea una teoría acerca de las crisis y de las intervenciones en crisis cuyos elementos pueden ser de gran utilidad al plantear un Programa de Apoyo a víctimas de abuso y maltrato intrafamiliar. Este autor define la intervención en crisis como aquellas acciones que se realizan en el momento en que ocurre una desorganización grave como

resultado de una crisis.

Las intervenciones en crisis se dan en dos niveles:

- Primera ayuda o intervención en crisis de primer orden que corresponde a la ayuda inmediata, generalmente otorgada por personas que se encuentran disponibles cuando la crisis ocurre, que pueden ser profesionales o personas de la red social primaria. Los objetivos son el restablecimiento inmediato de la capacidad de enfrentamiento, la evaluación de riesgo de vida, vincular a los recursos de ayuda
- Apoyo en crisis, o intervención en crisis de segundo orden Se refiere a una intervención una vez que la crisis inmediata ha pasado, que no hay riesgo de vida y que la persona se encuentra en condiciones de comenzar una resolución de la crisis.

Slaikeu resume en el siguiente cuadro los puntos centrales de las intervenciones en crisis de primer orden y de segundo orden, que transcribimos con algunas adaptaciones.

Intervención en crisis: Un modelo amplio⁴

⁴ Adaptado de Slaikeu, K, (1988) Intervención en Crisis, Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.C., México.

	Intervención de primer orden Primera ayuda	Intervención de segundo orden: Apoyo en crisis
¿Cuánto tiempo?	Minutos a horas	Semanas a meses
¿Por quiénes?	Asistentes en primera línea, (padres, policía, clero, educadores, abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, monitores, etc.)	Terapeutas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, monitores escolares, monitores pastorales, enfermeras
¿Dónde?	Ambientes comunitarios: casa, escuela, trabajo, servicios de urgencia, etc.	Servicios asistenciales, centros de salud mental, centros comunitarios, iglesias,
¿Objetivos?	Reestablecimiento de la capacidad de enfrentamiento: apoyo, reducir riesgo de muerte, vincular a recursos de ayuda.	Resolución de la crisis: enfrentamiento del suceso de crisis; integración del suceso a la estructura de vida.

La Teoría de la Crisis propuesta por este autor entrega elementos muy útiles para cualquier intervención en crisis, especialmente cuando se trata de trabajo con víctimas de la violencia intrafamiliar. Conocer las características de las personas que están enfrentando una crisis y cuáles son las estrategias de primer apoyo necesarias para ayudarlo a pasar de la primera reacción de angustia y desorganización hacia formas más eficiente de enfrentamiento a la situación son elementos muy importantes.

Se describen cinco componentes de la primera ayuda (Slaikeu, 1988):

- *Hacer contacto psicológico.*

El primer vínculo psicológico que establece en el momento de la

crisis es uno de los elementos más importantes para la etapas posteriores de resolución de la crisis.

Este primer contacto supone la posibilidad de escuchar sin enjuiciar, contener las emociones que desbordan a la víctima, transmitir la capacidad de control y calma.

Fortalecer capacidad de resolución de problemas

- *Evaluar las dimensiones del problema*
 Preguntar por los sucesos precipitantes
 Evaluar el riesgo de muerte (suicidio u homicidio)
 Rastrear redes de apoyo
 Examinar futuro inmediato: decisiones inminentes: esta noche y próximos días
- *Examinar soluciones posibles*
 Examinar soluciones intentadas
 Redefinición del problema, ayudar a la búsqueda de otras alternativas.
- *Ayudar a tomar una acción concreta*
 Si la persona está en alto riesgo, movilizar recursos concretos de protección.
 Si la persona no está en riesgo, y puede movilizar recursos, identificar
- *Seguimiento*
 Explorar posibles procedimientos de seguimiento
 Establecer los pasos siguientes y la forma de asegurarse que son seguidos.
 Asegurar el contacto con la víctima.

2. MODELO DE INTERVENCION COMUNITARIA EN REDES: LA EXPERIENCIA DE SAN BERNARDO

2.1 EL PROGRAMA PROPUESTO

El modelo de intervención corresponde a un programa comunitario en el área de violencia intrafamiliar que ha sido desarrollado en la ciudad de San Bernardo entre 1992 y 1995 por un equipo interdisciplinario de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica, y financiado por el sector privado (Fundación Consorcio Nacional Vida) El equipo está formado por un grupo de catorce profesionales: seis psicólogos infantiles, seis psicólogos de adultos, un psiquiatra infantil, un psicólogo comunitario.

El programa se inserta en un modelo de Bienestar Psicosocial, que corresponde a un modelo alternativo de Salud Mental que enfatiza el fortalecimiento de los recursos personales y comunitarios para enfrentar los problemas de salud psicosocial; da prioridad a acciones preventivas sobre las curativas, interviene a nivel individual y de unidades sociales más amplias.

Está basado además en un modelo de intervención comunitaria en redes, que supone la consideración tanto de las redes sociales personales como la red comunitaria (Peroni, 1992, Tancredi, 1992, Dabas, 1993) como recurso importante en la planificación de estrategias de solución. Aborda el problema de la violencia intrafamiliar en tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

Incorpora los conceptos de Intervención en Crisis (Slaikeu 1988) y la conceptualización del maltrato como un abuso de poder (Barudy, 1992) a los programas de apoyo a víctimas de abuso y maltrato.

Finalmente, da especial importancia al autocuidado de los equipos de trabajo en los distintos niveles de la comunidad que intervienen en este tipo de problemas

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Activar, sensibilizar y capacitar a las redes comunitarias que puedan desempeñar funciones de apoyo y educación en el tema de la violencia doméstica
- Identificar las organizaciones de la comunidad que puedan brindar apoyo, asistencia y educación en relación al tema de la violencia doméstica
- Transformarse (el equipo profesional a cargo del Programa) en un recurso disponibles para las distintos puntos de la red comunitaria en términos de dar apoyo, asistencia, capacitación y supervisión en relación al trabajo con violencia doméstica.
- Activar instancias de coordinación entre los distintos sectores de la red
- Evaluar y transferir este modelo de intervención a otras comunas y regiones.

LA PRIMERA ETAPA:

Exploración y creación de vínculos

Sensibilización y Capacitación formal

El objetivo del Programa era llegar a las familias que estaban en riesgo de presentar problemas de violencia intrafamiliar y a aquellas que ya estaban presentando el problema, lo que incluía mujeres y niños maltratados, maltratadores, y grupos familiares a los que pertenecieran las víctimas. Ya que el equipo de este programa no formaba parte de la comunidad (se trataba de la ciudad de San Bernardo, los miembros del equipo vivían en Santiago y trabajaban en la comuna de San Joaquín), era difícil acceder a las víctimas y a la población objetivo en forma directa.

El primer paso fue explorar y tomar contacto con las redes sociales secundarias, es decir aquellas formadas por profesionales y funcionarios de las instituciones de la comunidad que entregan servicios y asistencia a la población. Su función es entregar servicios, ayuda especializada, información relevante y en muchos casos dar apoyo en crisis a los miembros de la comunidad. Estas redes secundarias están formadas por los hospitales, policlínicos, escuelas, tribunales, organizaciones municipales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones religiosas.

En esta primera etapa se trató de identificar los puntos clave dentro de la red social secundaria, y aquellas que estaban dispuestas a abrirnos la puerta de entrada a la comunidad. Una vez identificadas las personas claves dentro de cada organización fue preciso crear las condiciones para construir una relación de trabajo conjunto entre el equipo de Programa de maltrato de la Universidad y los miembros de cada institución u organización.

La creación de las condiciones adecuadas pasa por la validación de los miembros del equipo ante las personas claves de cada organización y luego una *definición de relación* igualitaria entre los miembros del Equipo y los miembros de la Institución. Esta etapa fue trabajosa y consumió bastante tiempo. El hecho de pertenecer a la Universidad Católica nos abría algunas puertas y nos cerraba otras. El ser considerados como *expertos de la universidad*, jugaba en contra del establecimiento de relaciones igualitarias, lo que desde nuestra perspectiva era básico para asociarnos con los miembros de cada organización.

Una vez lograda la asociación con la organización, y realizada la sensibilización en relación al tema de la violencia intrafamiliar, el paso siguiente fue el diseño conjunto de estrategias de trabajo de acuerdo a las necesidades de cada grupo en relación al tema. En general las actividades diseñadas tuvieron que ver con apoyo, información, entranamiento, supervisión y consultoría.

Otro punto importante del trabajo fue actuar como *interfase* entre los distintos puntos de la red. Es decir, facilitar el contacto entre las personas de distintas organizaciones de San Bernardo que estaban interesados en trabajar con el problema de la violencia intrafamiliar. Esto culminó con la organización de varias reuniones intersectoriales, en que los miembros de las distintas organizaciones tuvieron la oportunidad de conocerse personalmente, se coordinaron acciones conjuntas y se crearon vínculos más cercanos entre las personas que pertenecían a distintos puntos de la red social secundaria de San Bernardo.

En la figura n° 4 se grafican las relaciones entre el Equipo y las organizaciones comunitarias.

Las redes sociales primarias corresponden a los familiares, amigos y conocidos de las personas y las familias. Consiuyen relaciones significativas y sus funciones principales son dar apoyo emocional, apoyo instrumental, información relevante, inserción social del individuo y la familia. Las redes sociales secundarias, están constituidas por profesionales y funcionarios de instituciones conunitarias, miembros de organizaciones comunitarias. Su función principal es entregar servicios a los miembros de las familias de la comunidad, ayuda especializada, información relevante y ocasionalmente apoyo en crisis. Las redes intermedias, en relación a la violencia intrafamiliar, están constituidaspor miembros de la red social secundaria que ya sean por condiciones innatas o por haber recibido una capacitación especial están en condiciones de participaren acciones de prevención y apoyo a víctimas de la violencia intrafamiliar y a sus familias. Pueden ser personas del sistema de salud, o del sistema escolar o de las organizaciones religiosas, que que forman al interior de sus insituciones grupos especiales para trabajar en el área de la violencia intrafamilia

El Programa se focalizó en las siguientes organizaciones:

- *Sistema de Salud*
Servicio de Urgencia, Servicio de Urgencia pediátrica, Servicio de Pediatría, Maternidad; COSAM, Policlínicos de Pediatría y Maternidad
- *Sistema Educacional*
Administración comunal, Directivos, Profesores, personal técnico, estudiantes, apoderados
- *Sistema Judicial*
Juzgados de Menores, Juzgados de Policía Local, Juzgados Civiles, Corporaciones judiciales

- *Sistema Policial*
Carabineros, Comisaría de la Familia
- *Organizaciones Municipales*
Oficina de la Mujer, Corporación de Desarrollo Social
- *Organizaciones comunitarias*
Juntas Vecinales, Centros de Madres, O.N.G.
- *Organizaciones religiosas*
Parroquias, Iglesias evangélicas, grupos de catequesis
- *Coordinación intersectorial*

LA SEGUNDA ETAPA:

Desarrollo de tolerancia a la frustración
Capacitación in vivo,
Fortalecimiento de los recursos personales

Una vez establecidos los vínculos con cada Organización, se llevaron a cabo talleres y seminarios de capacitación formal. Llamamos capacitación formal, a seminarios con horarios pre-determinados, programa, y modalidad más tradicionales de entrega de información. A pesar de su formalidad, estas actividades realizadas durante la primera etapa, como es habitual en este tipo de talleres, sólo cumplieron con el objetivo de sensibilización, sin llegar a los cambios de actitud necesarios para establecer un compromiso de trabajo en el tema de la violencia intrafamiliar. También cumplieron con el objetivo de identificar a aquellas personas claves para el desarrollo del trabajo posterior en cada organización.

La segunda etapa puso a prueba la tolerancia a la frustración del equipo de trabajo del Programa. Como es habitual, una vez iniciadas las actividades, a pesar de las buenas intenciones, se produce una resistencia natural de las instituciones y grupos humanos a cambiar las modalidades de trabajo y a comprometerse con temas nuevos. Esta es una etapa crucial ya que las formas de resistencia - dificultades para fijar horarios, actividades que se organizan en los mismo horarios de las reuniones, olvidos- desaniman al equipo del Programa y pueden llevar una actitud desesperanzadora y tender a desistir de la tarea.

Durante esta etapa se trabajo principalmente en cuatro frentes: el Hospital de San Bernardo, (Servicio de Urgencia, Pediatría y Maternidad), la Corporación Educacional de la Municipalidad, La Oficina de la Mujer y los Juzgados Civiles.

El paso siguiente fue lo que hemos llamado *capacitación in vivo*, que consiste en un entrenamiento informal, en que miembros de nuestro equipo acompañaban en sus labores habituales a los profesionales y funcionarios de la organización, pudiendo compartir y discutir en terreno las dificultades que enfrentaban. Por ejemplo, esto se realizó con el personal auxiliar del Servicio de Urgencia, de la Maternidad y del Servicio de Pediatría. Lo mismo ha ocurrido con los actuarios de los tres Juzgados Civiles de San Bernardo. Esta modalidad de trabajo es posible sólo cuando se ha logrado una buena asociación entre los miembros del equipo del Programa de violencia y los miembros de la organización, de tal modo que son aceptados no como una intrusión sino como un recursos que pueden utilizar para fortalecerse y mejorar su eficiencia.

LA TERCERA ETAPA:

Activación de coordinación intersectorial

Preparación de la retirada

Consultoría

Evaluación del Programa

El Programa se encuentra en su etapa final, en que el foco más importante es la activación de la coordinación intersectorial. Si no queda una coordinación formal en la comunidad, es probable que muchos de los esfuerzos invertidos se diluyan. La Oficina de la Mujer de la Municipalidad de San Bernardo, ha tenido un papel muy activo en esta coordinación y es probable que asume el rol de coordinadora de los distintos puntos y sectores de la red.

Desde un comienzo cada organización sabía que el Programa tenía una duración definida y que luego de un período de tiempo (dos años y medio) el equipo de trabajo debía retirarse. En ese sentido, durante el último año se ha ido preparando el terreno para la retirada. Esto ha significado definir qué organización se va a dar cada grupo, con qué formalidad, y que acciones serán las que pueden continuar.

Un ejemplo de esto fue la incorporación de un curso de Violencia Intrafamiliar que se incorporó como actividad formal del Programa de Educación Continua del Servicio de Urgencia en el Hospital de San Bernardo. Este curso es realizado por el personal médico, de enfermería y auxiliares de enfermería que ha participado en las actividades de capacitación formal y de capacitación in vivo, y está dirigido a todo el personal del Servicio de Urgencia.

Cuando se lleva a cabo un Programa de sensibilización en toda

una comunidad en relación al tema de la violencia, aún cuando el foco final es poner en marcha acciones de prevención primaria, lo habitual es que haya un aumento dramático de la demanda asistencial. En este caso, esto se vio aumentado por la sensibilización a gran escala que se ha realizado a través de los medios de comunicación, principalmente por el Servicio Nacional de la Mujer y a propósito de la promulgación de la Ley de Violencia Intrafamiliar.

Esta situación, previsible, hace necesario contar con centros de derivación para aquellos casos que necesiten una ayuda especializada más allá del primer apoyo. En el caso de San Bernardo, se activaron los contactos con el COSAM de la comuna, los servicios asistenciales especializados, tanto para mujeres como para niños.

Adicionalmente se creó un programa de atención, como parte del Programa más amplio, en el Consultorio Externo de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica, al cuál eran derivado los casos que requerían atención especializada. Hasta la fecha se han atendido al rededor de 400 mujeres, en forma individual, y en dos experiencias grupales. Desde 1994 a la fecha funciona un programa de atención a hombres maltratadores, en los últimos meses, derivados de los Juzgados Civiles de San Bernardo. Desde el comienzo del Programa se han atendido familias con problemas de maltrato severo a los niños y de abuso sexual, incluyendo grupos terapéuticos para niñas abusadas sexualmente.

Obviamente este programa de atención, aún cuando cumple una función importante en términos de desarrollar y sistematizar modelos de atención a víctimas de maltrato y a maltratadores no puede absorber toda la demanda que se genera en la actualidad y que se generará en la comunidad de San Bernardo. El objetivo es traspasar este conocimiento acumulado a los grupos e instituciones de la propia comuna que son los responsables de dar este tipo de apoyo.

El equipo de profesionales del Programa de violencia se mantendrá como recurso disponible para la comunidad en términos de consultoría, supervisión de casos, intervención en crisis, y centro de derivación.

La Fig. 5, esquematiza los tipos de intervenciones en relación a la violencia intrafamiliar que corresponden a las distintas instancias de la comunidad, y sirve de guía a los grupos de trabajo.

La intervención en crisis corresponde al primer apoyo que recibe la víctima cuando se *abre* el problema. Sus características ya fueron descritas en el capítulo sobre *Intervención en Crisis*. La Intervención social se refiere a acciones cuya finalidad son la de interrumpir la situación de maltrato y velar por la integridad de las víctimas.

A partir del trabajo con el sector judicial, se acordó diferenciar entre *Apoyo psicológico* y *Rehabilitación*, y usar esos términos en lugar de *Terapia* o *Psicoterapia*. La idea es que las palabras siempre están cargadas de significados, y mandar a la mujer maltratada a *terapia psicológica*, puede ser entendido (en la mayoría de los casos lo es) como si la mujer fuese la que tiene el problema y necesita ser rehabilitada. Por otra parte, mandar al maltratador a *terapia*, supone ponerlo en el mismo status que la víctima. Al hacer la diferenciación entre *apoyo psicológico* y *rehabilitación*, se marca la diferencia en que uno es una víctima y necesita apoyo, y otro ha cometido un delito y necesita rehabilitación. Estas distinciones han contribuido a delimitar mejor los contextos de trabajo psicológico, especialmente cuando los casos son derivados del Juzgado.

Una tarea final de esta última etapa es la Evaluación del programa. Gracias a un proyecto de investigación con financiamiento de Conicyt-Sernam, se realizará una sistematización del conocimiento acumulado una evaluación externa de los resultados del programa.

2.3. LOS EQUIPOS DE TRABAJO

Uno de los puntos centrales en este Programa ha sido el cuidado de los equipos de trabajo. El trabajo con temas como la violencia producen un desgaste profesional en las personas y en los equipos de trabajo que es importante cuidar.

En la última década se ha acuñado el término *burnout* o desgaste profesional, que corresponde a un estado de cansancio decaimiento, sensación de insatisfacción, síntomas físicos de agotamiento, que van más allá del desgaste esperable de acuerdo a la energía utilizada en el trabajo. Este fenómeno se da principalmente en las profesiones que trabajan con personas, como los profesionales de la educación, de la salud y del sector judicial.

También se ha descrito que los equipos que trabajan con víctimas de violencia, abuso sexual, tortura, sobrevivientes de catástrofes, y en general como personas en situación de crisis, sufren el impacto de los temas con que trabajan. Se produce en ellos una victimización vicaria y una contaminación por el tema. El desgaste profesional y la contaminación del tema hace que los equipos que trabajan con violencia estén en una situación de vulnerabilidad. No es raro que aparezcan conductas agresivas que no eran habituales entre los miembros del grupo, disociaciones de los equipos y una hipersensibilidad frente a los *malostratos* y *abusos* dentro de los equipos.

Estos fenómenos, que no sólo afectan a las personas

individualmente sino a los equipos como organización deben ser considerados cuando se aborda un problema como el de la violencia intrafamiliar. Especialmente porque es un problema que de algún modo nos atañe a todos.

El autocuidado de los equipos debiera ser un tema tan importante como el diseño de acciones específicas para trabajar con la comunidad o con las víctimas. Por ejemplo, dedicar espacio y tiempo para compartir los contenidos traumáticos que las personas reciben de los consultantes. Dejar espacios y tiempos para la descompresión de las personas y de los equipos.

Las actividades de supervisión externa, de asistencia a curso y talleres, puede ser una buena instancia de contención y descompresión de los equipos. También las oportunidades de esparcimiento, como grupo, permiten mantener un clima de bienestar psicosocial en el equipo de trabajo, fundamental para poder sobrevivir al trabajo en tmas como la violencia.