



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Condenados a Terapia: La Terapia Obligada  
como Estrategia para la Modificación de  
Conductas Violentas en Agresores Conyugales**

**PEDRO ANTONIO FRITZ CARDENAS**

Profesor Guía: Jaime Alfaro Inzunza

Tesis Estudio de Caso presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en Psicología Social Mención en Intervenciones Psicosociales.

Noviembre, 2006  
Valparaíso, Chile





UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Condenados a Terapia: La Terapia Obligada  
como Estrategia para la Modificación de  
Conductas Violentas en Agresores Conyugales**

**PEDRO ANTONIO FRITZ CARDENAS**

Profesor Guía: Jaime Alfaro Inzunza

Tesis Estudio de Caso presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso para optar al grado académico de Magíster en Psicología Social Mención en Intervenciones Psicosociales.

## INDICE

ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
I. MARCO TEÓRICO	ix
• Conceptos Fundamentales	ix
Perspectiva histórica de la Violencia Intrafamiliar	xi
Conceptualización de la Violencia Intrafamiliar	xiii
Perspectiva de Género	xvi
Características del Hombre que Ejerce Violencia Intrafamiliar	xvii
• Políticas Sociales	xix
• Marco Jurídico	xxi
• Terapia Coactiva	xxii
• Intervención de Grupo en el Centro de Salud Mental de Osorno	xxv
Características del Trabajo Grupal	xxvi
II. OBJETIVOS	xxvii
III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	xxviii
IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	xxix
V. RESULTADOS	xxxii
VI. CONCLUSIONES	xl
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	xlviii
ANEXOS	li

## **ABSTRACT**

Desde el año 1999 se ha estado llevando a efecto en el Programa Derechos Humanos, Salud y Violencia del Centro de Salud Mental de la ciudad de Osorno un trabajo de grupo con hombres que ejercen violencia intrafamiliar y que son derivados coactivamente desde tribunales para la realización de una terapia. Este estudio realiza una descripción de la eficacia que ha tenido esta terapia obligada para hombres que han sido atendidos en este establecimiento de salud, con la finalidad de observar la modificación de sus conductas violentas en las respectivas relaciones de pareja.

Para ello se utilizó el modelo de la evaluación iluminativa, por permitir la descripción e interpretación de lo estudiado, a través de una metodología de investigación que se adapta a la realidad, profundizando y validando los resultados producidos por el Programa, permitiendo la comprensión de los fenómenos a través de un lenguaje accesible tanto para el equipo técnico como para los usuarios de dicho Programa y para quien esté interesado en el tema.

Este estudio permite realizar una mirada a las representaciones masculinas y a las relaciones de pareja, entendiendo cómo los fenómenos sociales cobran importancia para la modificación de conductas y que, finalmente, la búsqueda del ser humano siempre es en torno a alcanzar la felicidad.

## INTRODUCCION

En la sociedad, pareciera ser que los roles del hombre y la mujer están claramente definidos. Sin embargo, los cambios sociales han demostrado que estos roles están en constante evolución y que, además, se han ido adaptando a los nuevos tiempos, surgiendo nuevos derechos y obligaciones, definiendo, con ello, las formas de relación entre los géneros tanto explícita como implícitamente.

A pesar de lo anterior y aunque se tenga conocimiento de la importancia y respeto que se debe guardar a otro ser humano, no es menor que ciertas conductas cada vez más rechazadas socialmente (y legalmente también) continúen, como es el caso de la violencia intrafamiliar (VIF).

La violencia intrafamiliar es el resultado del abuso de poder y victimización de un miembro de la familia por parte de otro, quien presenta mayor poder relativo a nivel físico, psicológico, económico y/o social. Desde un análisis epidemiológico, la violencia intrafamiliar es dividida en diversas categorías, siendo éstas el maltrato y abuso sexual infantil, el maltrato a ancianos, a discapacitados y la violencia hacia la mujer.

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud plantea que casi la mitad de las mujeres que mueren por homicidio son asesinadas por sus maridos o parejas actuales o anteriores, elevándose al 70% de los casos, en algunos países. Una de cada cuatro mujeres será víctima de violencia sexual por parte de su pareja en el curso de su vida. La mayoría de las víctimas de violencia física se ven sometidas a múltiples actos de violencia por largos períodos y en una tercera parte, o en más de la mitad de estos casos, se producen también abusos sexuales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2002).

Los estudios realizados en Chile, señalan que un 50,3% de las mujeres chilenas actual o anteriormente casadas han experimentado situaciones de violencia en la relación de pareja alguna vez en su vida. Se señala que el 16% ha vivido violencia psicológica y un 34% violencia física o sexual. A raíz de estos datos se ha podido establecer por primera vez la prevalencia de la violencia sexual en las relaciones de pareja, alcanzando un 14,9% de las mujeres chilenas (Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM], 2001). El

mismo estudio señala que la violencia en la pareja está presente en todos los estratos sociales y es por ello que se plantea la violencia intrafamiliar como un problema emergente de primera prioridad para la Salud Pública (Ministerio de Salud [MINSAL], 2004).

El tema de la violencia intrafamiliar se ha hecho cada vez más importante en nuestra sociedad en la medida que la toma de conciencia, las leyes que se han promulgado y los programas de ayuda que se han implementado, han facilitado que las víctimas de ella puedan tomar acciones concretas para defenderse y sentirse respaldadas por un ente supraindividual que les ampare cuando han logrado romper el manto del silencio y del secreto que suele rodear al acto agresivo.

Como toda institución social, la familia es sensible a las modificaciones sociales, económicas, legales y culturales. Por esta razón, temas como la violencia de pareja no han pasado imperceptibles y se han constituido en una problemática importante en los últimos años, la cual se ha visibilizado en la esfera social, pasando del ámbito privado al público y alcanzando importantes proporciones a nivel nacional, debiendo crearse estrategias de intervención en diversas áreas, siendo una de ellas la promulgación de la ley de violencia intrafamiliar, que permite ver este hecho como una situación sancionable que afecta a los distintos miembros de la familia y que podía obligar al agresor a realizarse algún tipo de tratamiento psicológico que conlleve a la modificación de la dinámica de violencia.

Existe una amplia información acerca de las secuelas que la violencia intrafamiliar tiene en las víctimas, así como diversos planteamientos o estrategias de ayuda, tanto sectoriales como intersectoriales, para tales consultantes. Menos información hay respecto a quien ejerce la violencia y de las formas terapéuticas de intervención en él, principalmente cuando éste no desea recibir tratamiento y se encuentra obligado por el sistema legal a realizarse una intervención psicoterapéutica.

El Centro de Salud Mental de Osorno ha estado interviniendo a los hombres que coactivamente son derivados desde los tribunales y que presentan resistencia a los tratamientos. Sin embargo, la carencia de recursos ha imposibilitado hacer un

seguimiento de los casos una vez que los pacientes han dejado de asistir a esta instancia, desconociéndose qué tanto se han modificado las conductas agresivas y si se han desarrollado en las familias nuevas estrategias de resolución de conflictos sin violencia, lo que, además, ha impedido una evaluación del programa terapéutico como tal.

Por lo anterior, el presente trabajo describe la eficacia que ha tenido la terapia coactiva para hombres que ejercen violencia intrafamiliar, atendidos en el Centro de Salud Mental de Osorno, en la modificación de las conductas violentas en su relación de pareja.

Esta investigación fue realizada utilizando el modelo de evaluación iluminativa, preocupándose de la descripción y la interpretación por sobre la valoración y la predicción, desarrollándose bajo condiciones naturales y permitiendo una mirada holística al Programa y a los procesos que han vivido los hombres que han asistido de manera obligada a realizarse un tratamiento terapéutico

Para comprender el contexto, se realizó una mirada a la violencia como fenómeno y a las políticas sociales que involucran la coerción como una alternativa de modificación conductual, al mismo tiempo que se realizó una aproximación a la metodología de grupo y a la efectividad de sus resultados.



## **I. MARCO TEÓRICO**

:

### **• CONCEPTOS FUNDAMENTALES**

La violencia ha sido definida como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo contra uno mismo, otra persona o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar muerte, lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 1996).

Corsi (1995) definió que “la violencia es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza e implica la existencia de “un arriba” y “un abajo” (reales o simbólicos) que adoptan habitualmente la forma de roles complementarios” (p. 23). Paralelamente, Corsi (1995) entrega la definición de agresión entendiéndola como “la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto (de manera motora, verbal, gestual, postural, etc.) y dado que toda conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica un significado agresivo” (p. 19).

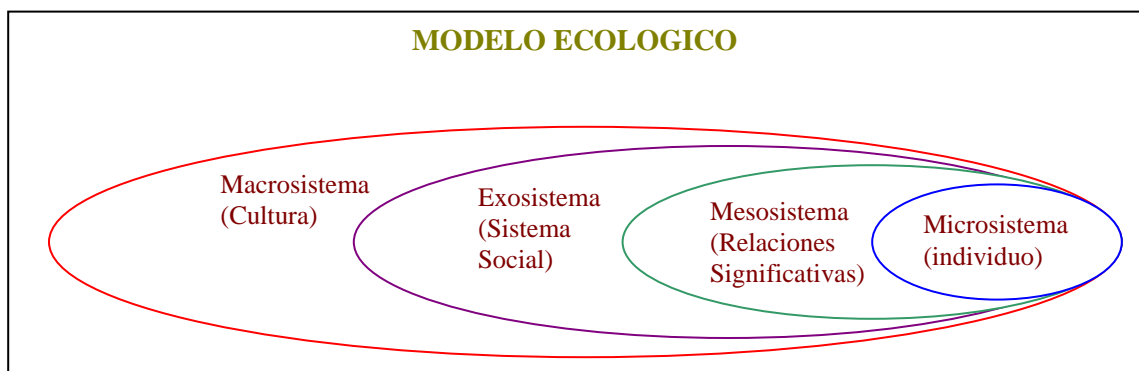
Desde la psicología social, Rodrigues, Assmar & Jabloski (2002) refieren que la agresión debe ser entendida como cualquier comportamiento que tiene la intención de causar daño (físico o psicológico) a otro organismo u objeto.

A diferencia de la conducta agresiva, la conducta violenta no conlleva la intención de causar daño a la otra persona, aunque la ocasione. El objetivo último de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza.

El complejo problema psicosocial que subyace en los comportamientos violentos es responsable de muchas muertes, de lesiones físicas externas o internas que producen discapacidad transitoria o permanente, de alteraciones psicológicas que pueden llevar a un trastorno psiquiátrico o del desarrollo, de embarazos no deseados como productos de violación y de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH / SIDA y Hepatitis B, por lo que el tema se constituye en un problema de Salud Pública. Además, crecer viviendo o siendo testigo de conductas violentas, aumenta la probabilidad de llegar a ejercerlas a través de lo que se denomina transmisión generacional (Bandura & Walters, 1959; Strauss & Gelles, 1980).

Arón (2001) refiere que los factores asociados a la conducta violenta son múltiples y existen complejos y diversos modelos para explicarla, reconociéndose que, como fenómeno mediado por el comportamiento humano, en su ocurrencia influyen factores propios de los individuos; del sistema de creencias, valores, normas implícitas y explícitas que determinan las relaciones entre las personas y grupos y de las circunstancias concretas en que se da esta relación.

Germain & Gitterman (1986) plantean que uno de los modelos más aceptados para explicar la violencia es el modelo ecológico que supone la interacción entre cuatro tipos de factores que aumentan la probabilidad de que las personas sean víctimas o ejecutoras de actos violentos. En un primer nivel, existen factores biológicos y de la historia personal asociados a la conducta violenta (microsistema). En un segundo nivel está el tipo de relaciones más cercanas como la familia o los pares (mesosistema). El tercer nivel se refiere a los contextos comunitarios en que se desarrollan las relaciones sociales (exosistema). En el cuarto nivel están los factores relativos a la estructura de la sociedad, como la cultura, los sistemas de creencias o las ideologías que sustentan los contextos menores (macrosistema).



En este modelo, la violencia contra la mujer resulta de la interacción de factores en diferentes niveles del medio social. Al combinar los factores de riesgo existentes en el plano individual con los datos de los estudios transculturales, el modelo ecológico contribuye a que se entienda por qué algunas sociedades y algunos individuos son más

violentos que otros y también por qué la mujer, particularmente la pareja, es constantemente víctima de abuso.

La amplia variedad de definiciones del concepto de agresión resulta de las muchas perspectivas teóricas que se proponen explicar el comportamiento agresivo de los seres humanos. Las explicaciones dadas por la psicología social para el estudio de la agresión, según Rodrigues, Assmar & Jabloski (2002), surgen desde tres corrientes teóricas:

1. La agresión está tan intrínsecamente asociada con la naturaleza humana que, inevitablemente, tendrá que encontrar una forma de expresión.
2. La agresión es una respuesta natural a la frustración, y la idea subyacente es que la respuesta agresiva se deriva de un impulso básico que surge por condiciones externas.
3. La agresión es aprendida, por tanto es resultado de normas sociales y culturales y de experiencias de socialización.

Sin embargo hay consensos que establecen que la explicación de la capacidad del ser humano para ser agresivo se apoya sobre todo en bases biológicas o sociales. Las circunstancias que pueden aumentar la probabilidad de manifestar actos agresivos son innumerables, ya que pueden estar relacionadas con estados motivacionales o afectivos que las personas están viviendo o pueden haber influencias externas a las personas, las que se dan desde el medio ambiente.

## PERSPECTIVA HISTORICA DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Foucault (1965) planteó que las llamadas conductas desviadas no existen en sí mismas, sino sólo en la medida en que exista un discurso que las nombre como tales. Se indica, además, que ese discurso es parte de las estrategias de poder de los grupos dominantes que, por lo mismo, varía a través de la historia aquello que se puede considerar normal y patológico, deseable o condenable. Esto es lo que ocurriría en el caso de la violencia intrafamiliar que actualmente es una práctica deslegitimada y sancionada jurídica y socialmente, hecho que no ocurría a mediados del siglo XX.

En la cultura occidental, existe una larga historia de leyes que explícitamente subordinan a las mujeres en los matrimonios. Ser una esposa significaba convertirse en propiedad del esposo, asumir una posición secundaria en la jerarquía matrimonial, estar legal y moralmente obligada a obedecer la voluntad y los deseos del esposo y, por consiguiente, la posibilidad de que recibiera castigo físico o la muerte.

Lentamente los conceptos legales de la esposa como propiedad fueron cambiando, principalmente al ser abordada la violencia intrafamiliar como un tema que vulnera los derechos humanos de las mujeres.

Desde las resoluciones emanadas por las Naciones Unidas, el tema de la violencia intrafamiliar ha sido materia de análisis y propuestas en diferentes países y Estados, destacándose algunas experiencias desde los años '60. Sin embargo, la preocupación efectiva como prioridad de los Estados, especialmente en América Latina, se desarrolla desde mediados de los años '80.

Arón (2001) reflexiona acerca de que el reconocimiento público del Papa Juan Pablo II, en el año 1995, de la situación de injusticia en que ha vivido la mujer y su pedido de perdón a comienzos del año 2000 por los errores cometidos por la Iglesia Católica que incluyeron el dolor provocado a las mujeres y el reconocimiento a los movimientos feministas que lo denunciaron se constituyeron en importantes señales de que la violencia intrafamiliar pasaba a ser un tema de carácter público.

La mayoría de los países sudamericanos iniciaron su trabajo con estudios legislativos en la materia y, en algunos casos, con iniciativas tendientes a entregar apoyo y amparo a las mujeres y niños víctimas de violencia. Así, en la medida en que la violencia intrafamiliar ha pasado del espacio privado al público, la participación de organismos gubernamentales y no gubernamentales en este tema ha aumentado y también la proliferación de políticas tendientes al enfrentamiento multidisciplinario de la problemática. Sin embargo, a pesar de la búsqueda de trabajo conjunto entre las instituciones y personas, aún es poca la coordinación entre ellos, presentándose, por ejemplo en Chile, una serie de programas o iniciativas aisladas.

En Chile, a partir de la creación del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), se ha constituido un espacio de generación y gestión de políticas en el tema. En el año 1991 este organismo desarrolló un programa especial para el tratamiento de la violencia intrafamiliar, abordando las temáticas de sensibilización y difusión, desarrollo de normativas legales, impulso para la creación de redes sociales e institucionales y la implementación de centros de atención.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, son pocos los programas de tratamiento a hombres que ejercen violencia, ya que los programas generalmente se encuentran asociados al tratamiento de las víctimas, que en su mayoría corresponden a mujeres, niños o discapacitados.

#### CONCEPTUALIZACIONES DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Larraín (1992 citada por el MINSAL, 2004) definió la violencia intrafamiliar como “un fenómeno en el cual, en un grupo social doméstico, que mantiene una situación de amor y protección, una persona más débil que otra es víctima de un abuso físico o psíquico ejercido por esa otra persona, en condiciones tales que resulte difícil la implementación de recursos de control social que regulen o impidan esa práctica, por lo que tiende a repetirse” (p. 8).

Corsi (1990 citado por el MINSAL, 2004), conceptualiza la violencia intrafamiliar como “todas las formas de abuso que tienen lugar en las relaciones de una familia”, entendiendo la relación de abuso como “toda conducta que por acción u omisión ocasiona daño físico y/o psicológico a otro miembro de la familia” (p. 8).

La violencia conyugal o de pareja distingue características básicas como es que es un fenómeno que ocurre en la familia y donde existe un claro desequilibrio de poder que le corresponde a cada uno, lo cual permite que, en uno de los miembros, se polarice, otorgándole cierto dominio que le permite abusar de la otra persona.

Walker (1979) refiere que el fenómeno de la violencia de pareja puede ser visto como un proceso que tiene un carácter cíclico, reiterativo y que ocurre en fases que se suceden en el tiempo con un orden determinado. Este ciclo contempla una fase inicial de

acumulación de tensiones, una segunda denominada crisis, episodio agudo o explosión violenta y una tercera fase conocida como conducta arrepenida, amante o luna de miel.



También se plantea como concepto complementario al ciclo de la violencia, la escalada de violencia, consistente en un proceso de ascenso paulatino de la intensidad y duración de la agresión en cada ciclo consecutivo (Walker et al, 1997).

Se observa, en general, una tendencia al aumento de la gravedad de la violencia en el transcurso del tiempo. Se ha descrito, también, una relación entre la escalada de violencia y la aparición sucesiva de las distintas manifestaciones de violencia, siendo frecuentes en el inicio de una relación de violencia, las manifestaciones de índole psicológica, incorporándose progresivamente el abuso físico y el económico y, por último, se considera indicador de mayor gravedad y riesgos, la aparición de violencia sexual.

La violencia doméstica está basada en poder y control, donde la persona que abusa usa numerosos comportamientos abusivos y violentos para establecer y mantener el control sobre su pareja. Muy a menudo, uno o más incidentes violentos van acompañados por otros tipos de abuso, los que son muy difíciles de identificar y que establecen un patrón de intimidación y control en la relación. Además de las tácticas

personales de poder y control utilizados por quien abusa, existen también controles institucionales y culturales que apoyan la capacidad del que abusa para usar tácticas abusivas tales como la religión, carabineros, los tribunales, los servicios médicos, los medios de comunicación y la educación. Entre las tácticas de poder y control, son característicos el abuso físico, abuso sexual, aislamiento, abuso emocional, abuso económico, el uso de los niños, amenazas e intimidación, etc.

Larraín (2000) refiere que estudios de prevalencia de este tema en Chile, plantean la existencia de factores de riesgo que inciden en la manifestación de la violencia intrafamiliar, siendo los siguientes:

- a) El Hogar: los estudios han señalado que una mujer que es agredida, mayoritariamente, el agresor es su pareja, lo que no ocurre en el caso de los hombres, para quienes el espacio de mayor riesgo es la calle.
- b) La Pobreza: se relaciona con el estrés social al que contribuyen factores como hacinamiento, inestabilidad laboral, el número de hijos y otros.
- c) La Historia de Violencia: se relaciona con las experiencias de violencia con la que hayan sido criados hombres y mujeres y que pueden ser replicados posteriormente con sus parejas.
- d) Una Estructura Familiar Rígida: cuando se presenta un alto grado de control entre sus miembros y la adscripción de valores culturales que favorecen el tema de la jerarquía en la familia.

Otros factores de riesgo que se han identificado y que podrían incidir en el comportamiento agresivo masculino, que si bien no causan la violencia, tienen incidencia en su aparición y mantención, es la exagerada expresión de celos, el alto consumo de alcohol, inestabilidad laboral o cesantía, hacinamiento, etc.

Es necesario para la intervención, distinguir entre los factores de riesgo más asociados a la iniciación de la violencia en una pareja – dentro de los que juega un importante rol, la propia historia de violencia – y aquellos más relacionados con su mantención, donde factores económicos y laborales de la mujer serían muy relevantes en su posibilidad de salir de la violencia o no (Larraín, 2000).

## PERSPECTIVA DE GENERO

Para poder elaborar modalidades de intervención para los hombres que ejercen violencia, es necesario comprender las diferencias existentes entre lo masculino y lo femenino, donde la perspectiva de género ha realizado aportes sustanciales en este fenómeno, estableciendo estos aportes desde una construcción más cultural que biológica. Desde esta perspectiva, la diferencia entre sexo y género consiste en que el sexo corresponde al hecho biológico, la diferenciación sexual que distingue a hombres y mujeres y que permite la complementariedad para el mantenimiento de la especie humana. En tanto el género hace alusión al hecho social, dotado de significados que cada sociedad le atribuye a lo femenino y masculino.

El género puede ser definido como un conjunto de características, oportunidades, conceptos históricos – culturales y expectativas en relación con lo que se le asigna a las personas de acuerdo a su sexo, dentro de contextos específicos. Es una categoría social, una atribución cultural de lo que se considera apropiado para cada sexo en una sociedad determinada e incluye valores, papeles y comportamientos, por lo que, el género, se encuentra sujeto a cambios y transformaciones históricos, sociales y culturales (De la Cruz, 1999; Délano, 1996).

Desde lo anterior, la masculinidad puede ser entendida como una construcción cultural que se reproduce socialmente y que, por tanto, no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones (Olavarría & Parrini, 2000). Este contexto en el cual se socializa a los hombres, da cuenta del “deber ser” del hombre y de los comportamientos que debe proyectar al medio social para ser considerado todo tal.

El patrón hegemónico de la masculinidad, fruto del sistema patriarcal, ha tratado de homologar el comportamiento masculino mediante mandatos sociales que operan a nivel subjetivo, entregando pautas de comportamiento, afectivas, identitarias y vinculares, que señalan lo que se espera que hagan los hombres y las mujeres en interacción social.



Corsi (1995) plantea que la socialización de género puede ser entendida como el proceso en que los individuos aprenden a ser femeninos o masculinos, de acuerdo con las expectativas socioculturales, con el fin de prepararlos para participar en la vida social. Es por esto que las personas, desde su primera infancia, van internalizando comportamientos que son aceptables en su entorno social más próximo. Así, el hombre desde que es reconocido biológicamente como varón por sus genitales, la sociedad trata de hacer de él lo que considera adecuado para su género, fomentando ciertos comportamientos y reprimiendo otros, para uniformarlos en torno a un modelo de sujeto masculino que se diferencie del modelo femenino.

La familia y el entorno social más inmediato van reforzando estas características, porque el hombre, permanentemente tiene que hacerse para diferenciarse claramente de todo lo relacionado con lo femenino. Así, la identidad masculina se construye más por oposición a lo femenino que como resultado de un proceso de identificación de lo masculino.

## CARACTERISTICAS DEL HOMBRE QUE EJERCE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Dohmen (1995) refiere que el hombre que ejerce violencia intrafamiliar puede ser entendido como el sujeto de sexo y género masculino que ejerce modalidades de victimización: violencia física, maltrato emocional y/o abuso sexual, en forma exclusiva o combinada e intencional sobre la persona con la que mantiene un vínculo de intimidad: su esposa o compañera.

Para intervenir terapéuticamente en un hombre que ejerce violencia intrafamiliar, es importante conocer ciertas características que puedan identificarlo. En la década de los '70 se iniciarían las primeras investigaciones sobre el hombre que ejerce violencia intrafamiliar en su familia. Si bien no existe un perfil típico del hombre que ejerce violencia intrafamiliar, diversos autores han podido identificar características particulares que contribuyen a describir cómo se va organizando su comportamiento y cuáles son los mecanismos que les permiten mantener su posición.

En general hay acuerdo en que la persona que ejerce violencia puede pertenecer a cualquier nivel socioeconómico y que a mayor escala social, es más complicado poder identificarlo. Tampoco habría diferencias en términos de raza, edad u ocupación (Corsi, 1992; Ferreira, 1989).

Sinclair (1985) plantea que una aproximación al perfil psicológico del hombre que ejerce violencia intrafamiliar incluye las siguientes características:

- a) Negación: Muchos hombres no creen que ellos sean el problema, tendiendo a minimizar su acción y las consecuencias de ella. A través de la negación, el hombre intenta eludir la responsabilidad que le cabe y así desligarse de las acciones necesarias para superar sus dificultades.
- b) Externalización de la Responsabilidad: es frecuente encontrar cómo el hombre que ejerce violencia intrafamiliar atribuye la responsabilidad a fuerzas externas, formando extensas listas de razones tendientes a justificar su comportamiento.
- c) Miedos de Dependencia: la mayoría de los hombres violentos están aterrados de perder a sus esposas. Generalmente reprimen el miedo a perder a su pareja, percibiéndola a ella como causante del hecho de sentirse fácilmente amenazados por las influencias externas.
- d) Internalización de un Modelo Masculino Tradicional: posee dos características generales, por un lado se presenta una situación social de privilegio del hombre sobre la mujer, en los ámbitos políticos, jurídicos, económicos, psicológicos y culturales y, por otro lado, los mitos de superioridad del hombre en muchos aspectos (biológico, intelectual, sexual, emocional).
- e) Expresión Inadecuada de Emociones: la mayor parte de los miedos y ansiedades son enmascarados con la expresión de rabia o enfado, como emociones tradicionalmente aceptados en el comportamiento masculino.
- f) Aislamiento: para el hombre que agrede a su pareja, el aislamiento social tiende a ser una imposición a sí mismo, pues percibe el entorno social más próximo como una amenaza a su necesidad de ejercer control sobre su pareja.

- g) Pobre Control de Impulsos: para muchos hombres el hecho de experimentar ciertos sentimientos considerados, por él, como negativos, es suficiente para llevar a cabo un acto violento.
- h) Experiencias Infantiles de Violencia: gran parte de los hombres que ejercen violencia intrafamiliar han experimentado alguna forma de violencia en sus familias de origen.
- i) Baja Autoestima: ignora sus resentimientos y generaliza los sentimientos de impotencia en su vida; experimenta sentimientos de inadecuación personal y social.

Hay acuerdo en que el objetivo en un hombre que ejerce violencia intrafamiliar no es satisfacer algún tipo de necesidad sádica o enferma que proporcione placer a través del sometimiento del otro, sino emplear un recurso definitivo que le permita instaurar o mantener el poder en la relación. Se estima que menos del 10% de los hombres que ejercen violencia intrafamiliar sufre algún tipo de trastorno psicopatológico (Corsi, 1992; Ferreira, 1989).

## • **POLITICAS SOCIALES**

Existe consenso en la actualidad que la violencia intrafamiliar es un fenómeno de carácter social por su magnitud, su multicausalidad y los graves efectos que produce, tanto a nivel individual, como familiar y social. Al mismo tiempo, los costos que tiene para el país en los sistemas de salud, justicia, educación y servicios sociales afectan el mercado laboral y la productividad, generando efectos, además, en la convivencia social y en la calidad de vida de las personas (Buvinic, Morrison & Shifter, 1999). Siendo el costo social de mayor impacto, el daño transgeneracional de la violencia, que apunta a cómo la violencia se transmite de generación en generación y de la probabilidad de que estos niños repliquen esta violencia en sus respectivos hogares cuando sean adultos (Barudy, 1999).

Es en este contexto donde, tanto la comunidad internacional, las Naciones Unidas y la Organización de los Estados Americanos, han generado un marco jurídico de compromisos para los Estados. Dichos compromisos los han llevado a la necesidad de

asumir la violencia intrafamiliar como problema público y no privado, expresándose a través de la ratificación de tratados internacionales y regionales sobre la materia e iniciativas legales de orden interno. Es así que Chile se ha comprometido con el tema, principalmente, a través de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (1979) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, Convención Belem do Pará (1994).

Paralelamente y principalmente desde el retorno a la democracia en Chile, el tema comenzó a cobrar fuerza desde su significancia para los derechos humanos, constituyéndose, por lo mismo, en un tema no menor al momento de iniciar los debates. Por esto es que se determinó que los equipos de salud que trabajaban en el Programa de Reparación y Atención en Salud a Víctimas de Violencia Política (PRAIS), en el país, iniciaran prestaciones médicas a víctimas de violencia intrafamiliar, entregando atención especializada desde el Nivel Secundario de Salud.

Los últimos análisis epidemiológicos realizados en Chile indicaron que entre los principales factores de riesgo de la depresión se encuentra la violencia intrafamiliar. Desde esta perspectiva y con el objetivo de fortalecer un enfoque integral y anticipatorio se dio inicio, en el año 2003, al Programa de Diagnóstico y Tratamiento Integral de la Violencia Intrafamiliar, transfiriendo recursos presupuestarios a los Servicios de Salud para gestionar convenios con los correspondientes Municipios (MINSAL, 2004). Este Programa se convierte, entonces, en una nueva respuesta del Estado para abordar esta problemática, brindándole atención psicológica a todas las mujeres mayores de 15 años de edad que presentan cuadros depresivos a raíz de la VIF y que son beneficiarias del Sistema Público de Salud.

Respecto a la intervención con hombres que ejercen VIF, la única política de Estado existente que los considera para algún tipo de intervención terapéutica es la ley de violencia intrafamiliar.

- **MARCO JURIDICO**

De alguna manera, el valor jurídico asignado a la privacidad de las personas impidió por muchos años reconocer como de competencia del Estado los hechos que ocurren al interior de una familia, produciéndose determinadas situaciones que dejaban en riesgo a los integrantes más débiles.

Esta situación llevó a la necesidad de diseñar e implementar políticas que sean el reflejo de los compromisos internacionales adquiridos, siendo una de ellas la reforma constitucional que reconoce explícitamente la igualdad entre hombre y mujer, se han eliminado las diferencias legales entre los hijos nacidos dentro y fuera del matrimonio y está en ejecución el Plan de Igualdad de Oportunidades, entre otras cosas (H. Cámara de Diputados, 2001). Sin embargo, una de las políticas más importantes que se han implementado, es la aprobación de la Ley N° 19.325, publicada en el Diario Oficial el 27 de Agosto de 1994, por cuanto representó un avance importante en términos de mensaje social y del valor pedagógico que tiene reconocer la ilegitimidad de la violencia en todas sus expresiones como modo de resolución de conflictos al interior de una familia.

Esta normativa legal entregó una definición de violencia intrafamiliar y las sanciones para quienes incurrieran en este tipo de faltas, entre las que se encontraba la asistencia obligatoria a determinados programas terapéuticos o de orientación familiar por un lapso no superior a seis meses.

Si bien esta ley se constituyó en una importante herramienta legal para los equipos que intervenían en violencia intrafamiliar, también presentaba ciertas debilidades en su aplicación, iniciándose un debate que llevaría a su reformulación. Es así que el 7 de noviembre de 2005 se publica en el Diario Oficial la Ley N° 20.066 que establece una nueva definición de violencia intrafamiliar y nuevas sanciones para quienes realicen algún acto de violencia dentro del hogar, estableciendo en su artículo 9°, letra d, como medida accesoria la “asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar por un lapso de tiempo no inferior a seis meses y no superior a un año”.

- **TERAPIA COACTIVA**

En Chile existen diversas leyes que plantean la terapia como sentencia judicial, obligando a las personas a realizar un proceso terapéutico. Es así que la Ley de Menores establece el sistema de libertad vigilada de menores, la ley 18.216 incorpora la rehabilitación a través del sistema de libertad vigilada de adultos, la Ley de Control de Drogas y Estupefacientes establece tratamientos para la rehabilitación de los consumidores y la Ley de VIF establece la obligatoriedad de tratamiento a quienes agredan a su grupo familiar (Milán, 1997).

Hidalgo & Carrasco plantean que “... los equipos de salud y de juzgado trabajan interrelacionados e intrainstitucionalmente. El sistema terapéutico necesita del control que ejerce el sistema judicial sobre la familia y requiere que le otorgue autoridad y respaldo en su labor. A su vez, el sistema terapéutico otorga al Tribunal una alternativa a su intervención.” (p. 202)

Para la realización de las terapias es necesaria la existencia de una petición de ayuda para hacer desaparecer un dolor o sufrimiento que el paciente tiene y que es definido por él mismo. Este dolor o sufrimiento (motivo de consulta) tiene características tales que lo mueven a pedir ayuda, habiendo sido difícil superarlo por sus propios medios (Coddou, 1995).

Por otra parte, Milán (1997) refiere que se puede entender que una relación de ayuda es obligada cuando la persona que llega a consultar lo hace con la genuina convicción que lo único que la hace consultar es la coerción de otros sobre ella y no por una necesidad sentida de buscar un cambio a la situación actual. Por ser la vía de ingreso una medida impuesta a raíz de que la persona violó una norma de conducta que es sancionada por la ley, se presenta una resistencia inicial al trabajo terapéutico, donde se tiende a negar y justificar la conducta agresiva.

Milán (1997) plantea la existencia de, al menos, tres componentes que participan en las intervenciones con carácter de obligado o coercitivo:

1. Aquél que envía a la intervención (que además de estar obligado por el ejercicio de su facultad, tiene la capacidad de obligar a otros).

2. Aquél que es enviado a la intervención.
3. Aquél que realiza la intervención.

De alguna manera todos los elementos de esta triada están obligados a realizar las acciones que llevan a cabo sin salirse de las responsabilidades que involucran sus distintas posiciones relativas. Es así que “el que es enviado” se ubica en una posición que le impide escaparse de la sanción impuesta por la Ley. Los restantes componentes de esta triada también se encuentran en el marco de la obligatoriedad en tanto tienen un compromiso con el proceso y para con el cumplimiento de su rol.

Para que una terapia tenga la posibilidad de un resultado positivo, es necesaria la existencia de un motivo de consulta y una solicitud de ayuda, por lo que se torna más compleja la intervención cuando existe negación del problema y de la solicitud de ayuda, más aún cuando el hombre manifiesta ser perjudicado con la normativa legal vigente y que su cónyuge se visualiza protegida por el sistema. Respecto a esto, Clavijo & Demicheli (2003) han reflexionado que “... cuando la Ley 19.325 establece la diferencia categórica entre “ofendido” y “ofensor” (que por lo general se traduce en “víctima” y “victimario”), evidencia un entendimiento (una epistemología) no relacional del problema que la hace inoperante desde su misma génesis en cuanto a posibilidades efectivas de rehabilitación para quienes se ven involucrados en Violencia Intrafamiliar. No hacemos extensiva esta afirmación en cuanto a la eventual efectividad de las sanciones y medidas precautorias contempladas en la ley en términos de control social. Lo que decimos es que sobre esa base, la acción psicoterapéutica rehabilitadora se hace improbable, puesto que constituye la responsabilización de uno y la no responsabilización de otro, sin contribuir efectivamente la comprensión de la génesis y mantención de un problema que ha afectado a ambos involucrados” (p. 6).

Cirillo & Di Blasio (1989) refieren que existirían ciertos factores que inciden en la ausencia de pedido de ayuda por parte de las familias que viven situaciones de violencia como es el temor a autodenunciarse por haber violado una norma social que lo puede llevar a ser sancionado legalmente y, con ello, enfrentar el rechazo social, la falta de conocimiento de la psicoterapia como recurso, especialmente en los estratos

culturales bajos y la idea que se pueda afrontar y resolver un problema a través de la comunicación verbal es, culturalmente, extraña.

Cirillo & Di Blasio (1989) plantean que “la expresión terapia coactiva se interpreta en nuestra cultura psicológica como una contradicción de términos. Desde siempre se ha subrayado que la terapia presupone una demanda de ayuda y una subyacente motivación, que constituye, por así decirlo, el motor que puede impulsar al paciente hacia el cambio, ayudándolo a superar inercias y resistencias de todo tipo. La coacción, por el contrario, puede a lo sumo inducir a un sujeto recalcitrante a tolerar servilmente una medida que no ha elegido, y que puede parecerle odiosa, desagradable o incomprensible. Y, todo esto, con el sólo fin de evitar un mal peor, pero sin ninguna motivación auténtica hacia el cambio. Creemos que es posible superar esta contradicción tan radical poniendo en cuestión la afirmación según la cual la ausencia de una demanda de ayuda indica siempre y de todos modos la ausencia de cualquier motivación para cambiar” (p. 32 - 33).

Si a lo anteriormente enunciado se le suman los factores socioculturales en los cuales han sido educados los hombres desde una perspectiva de género masculino tradicional, la solicitud de ayuda queda exenta del repertorio de posibilidades de acción masculina, porque denota vulnerabilidad y los mandatos sociales han reforzado a los hombres que, estos, deben ser fuertes y autónomos, no saber llorar, no expresar sentimientos ni pedir ayuda, porque esta área “corresponde a lo femenino”.

El diagnóstico elaborado por el Programa Comuna Segura (2003), en la ciudad de Osorno, entregó como resultado que una de las principales causas de inseguridad ciudadana es la violencia intrafamiliar; encontrándose, según estadísticas de Carabineros, entre las cuatro principales categorías constitutivas de delitos de mayor connotación social y presentando alto número de denuncias y detenidos por este motivo.

El Programa Comuna Segura (2003) refiere en el documento elaborado a raíz de dicho diagnóstico, que la comunidad expresó que el tema “es altamente preocupante por el temor a denunciar estos hechos y porque ocurren en espacios cerrados (domicilios), donde es difícil establecer acciones de prevención o que se presenten denuncias de



terceros. A esto hay que agregar el impacto psicológico en el agredido (a) y los hijos” (p. 11).

En Osorno, la institución a la que son derivados los casos, es el Centro de Salud Mental, el cual constituye parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Base de Osorno, y es donde se acoge a las víctimas de violencia intrafamiliar y a los agresores, realizándose el tratamiento correspondiente en el Programa de Derechos Humanos, Salud y Violencia, el cual, entre otras metodologías, trabaja con la modalidad de grupo abierto.

- **INTERVENCION DE GRUPO EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL DE OSORNO**

El Programa de Derechos Humanos, Salud y Violencia del Centro de Salud Mental de Osorno nace en el año 1993 como parte de las directrices nacionales emanadas del Ministerio de Salud, el que amplió el trabajo que se estaba realizando en el tema de los Derechos Humanos (PRAIS), a las personas afectadas por violencia intrafamiliar, comenzándose a recibir a quienes eran derivados desde los Juzgados de Letras y de los establecimientos de salud de la Provincia de Osorno, llevándose a efecto una entrevista de ingreso al Programa, la que permite conocer la intencionalidad de solicitud de ayuda del paciente y se puede realizar la primera acogida que, además, tiene por propósito disminuir la resistencia del agresor al tratamiento (Programa Derecho Humanos, Salud y Violencia, 2001).

Los hombres ingresados al Programa eran atendidos con psicoterapia individual, sin embargo, la sobredemanda existente en el servicio público llevó a la necesidad de crear una estrategia de intervención que permitiese atender a las personas que eran derivadas al sistema de salud, por lo que se determinó elaborar una modalidad de atención terapéutica de grupo abierto (Programa Derechos Humanos, Salud y Violencia, 1999).

El trabajo grupal se realiza a través de 3 sesiones de carácter cíclico, con temas específicos, trabajando, además, con una sesión transversal que puede incluirse en cualquier momento del ciclo:

- SESION 1:
- Hacia dónde dirigimos la violencia.
  - VIF transgeneracional.
  - Nuestro comportamiento ante determinadas situaciones.
- SESION 2:
- El ciclo de vida familiar.
  - Nuestras expectativas de la vida familiar.
- SESION 3:
- Lo positivo de la familia.
  - El disfrute de la familia.
- SESION TRANSVERSAL:
- Qué es la VIF.
  - Cómo agredimos.
  - Formas de violencia.
  - El circuito de la VIF.
  - Evaluaciones generales de los procesos personales.

### **CARACTERISTICAS DEL TRABAJO GRUPAL**

García de la Hoz (1976) conceptualizó al grupo terapéutico como “aquel formado por una serie de personas (de 3 a 12) con un objetivo común (“la curación”), y que para cubrirlo ponen en juego unos esquemas y roles aprendidos, que por momentos facilitan y por momentos dificultan la consecución del mismo”. Esta definición variará, dependiendo de las distintas corrientes que utilicen esta modalidad, pasando desde el grupo de trabajo hasta el psicodrama.

Hay que tener presente que por intervenir un elevado número de variables (núcleos, historias, medios, situaciones, procesos, etc.) no se puede hablar de tarea terapéutica más que en el sentido genérico de lugar común entre las diversidades; como el significado más abarcativo de un cúmulo de significantes. Núcleos básicos de la personalidad, materiales conflictivos, situaciones grupales, cambio y resistencia al cambio son otros tantos referentes de la tarea terapéutica. La tarea de un grupo

terapéutico no se entiende como “curación tipo”, en términos absolutos, sino como la posibilidad de que cada paciente defina y halle con los otros el proceso de su propio desarrollo (Avila & García de la Hoz, 1995).

En estas condiciones, se sugiere la co-terapia, ya que promueve a que cada terapeuta pueda desplegar su estilo personal, no sólo en lo que respecta al manejo de la técnica, sino a las valencias contra-transferenciales que se movilizan y las transferencias que suscita o le son depositadas (Avila & García de la Hoz, 1995).

En Osorno, la intervención es realizada a hombres que luego de ejercer violencia intrafamiliar, son denunciados y derivados desde los Juzgado de la Provincia de Osorno para la realización de una terapia obligatoria. Luego de un saludo y presentación individual inicial que incluye nombre de cada cual y la razón de por qué está asistiendo a esa sesión, los terapeutas señalan la premisa básica sobre la cual se desarrolla todo el trabajo de grupo: “Estamos aquí entre hombres para hablar, como hombres, de lo que hacemos mal en nuestras relaciones familiares o de pareja y que remachamos con actos de violencia hacia nuestras parejas, hijos u otros. No se trata, por tanto, de venir a echarle la culpa a los otros de mis actos, sino de poco a poco ir viendo como me las arreglo para manejar mejor mis rabias, frustraciones u otros sentimientos desagradables y que no sea a través de la violencia” (Fritz & Muñoz, 2001, p.76).

Se alienta la participación individual de los asistentes al grupo para que expresen sus opiniones y experiencias respecto al tema en particular o el de la violencia en general, así como a que los mismos integrantes del grupo le hagan aportes a los otros para reflexionar y superar lo que les ocurre.

## **II. OBJETIVOS :**

### **OBJETIVO GENERAL :**

“Describir los resultados que ha tenido la terapia obligada para hombres que ejercen violencia intrafamiliar, atendidos en el Centro de Salud Mental de Osorno, en la modificación de las conductas violentas en su relación de pareja”.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

:

1. Identificar si los hombres que asistieron a la terapia de grupo han variado su conducta violenta en tipo, frecuencia, intensidad y motivación con relación a la que presentaron al momento de ingresar al Centro de Salud Mental de Osorno.
2. Describir si la construcción de lo masculino, la asignación de roles sociales y el ejercicio del poder se ha modificado en la relación de pareja después de la participación del hombre en la terapia de grupo.
3. Identificar si los hombres que participaron en la terapia de grupo han internalizado nuevas alternativas o estrategias de resolución de conflictos con sus parejas.
4. Identificar la valoración que los hombres y sus parejas le atribuyen a la terapia de grupo.
5. Identificar las resonancias que tiene para el equipo interventor, el trabajo con hombres que ejercen violencia intrafamiliar.

### **III. PREGUNTAS DE INVESTIGACION**

:

1. ¿Qué impacto ha tenido la terapia coercitiva realizada en el Centro de Salud Mental de Osorno en la modificación de conductas violentas de los hombres con su pareja?
2. ¿Habrà permitido, la participación de los hombres en este tipo de terapia, una flexibilización en la asignación de roles sociales y en el ejercicio del poder en la relación en la pareja?
3. ¿Qué opinión tienen los hombres que ejercen violencia intrafamiliar sobre las características de la terapia realizada en el Centro de Salud Mental de Osorno?
4. ¿Se habrá fortalecido, después de la participación en las terapias, la dinámica comunicacional en la relación de pareja?
5. ¿Habrán internalizado, los hombres que ejercen violencia, nuevas estrategias para resolver los conflictos después de su participación en la terapia?

#### IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN :

**Diseño de Investigación:** El modelo a utilizar corresponde a la evaluación iluminativa, la que se enmarca dentro de las posturas cualitativas y se caracteriza, porque al analizar un programa, considera el contexto en el que éste funciona.

Este modelo permitirá una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas del comportamiento humano y de los procesos que los hombres y sus parejas manifiesten haber realizado antes y después de la experiencia terapéutica. Paralelamente contemplará algunas dimensiones cuantitativas, las que son permitidas a través de este modelo, y que contribuirán a especificar diversos aspectos, dimensiones o componentes que influyen o no en la modificación de las conductas violentas de los hombres que participaron en las terapias de grupo.

Lo anterior permite una evaluación de la experiencia de intervención de grupo de forma global, describiendo los contextos y relaciones entre contenidos para comprender el proceso total, con énfasis en las transformaciones subjetivas de los usuarios, en el proceso de aprendizaje y pedagogía grupal que se deriva de la misma evaluación (Alfaro).

Se solicita a los sujetos intervenidos que interpreten los beneficios que entrega el programa mientras que, paralelamente, el investigador hace una interpretación de estos beneficios (la interpretación en este modelo, toma preferentemente la forma de una descripción del programa evaluado). Esto, con el fin de ampliar y recrear las posibilidades de acción e interpretación, a través de la comprensión intersubjetiva de la experiencia de los pacientes. Además, pretende documentar el proceso de acción, traduciéndolo a un lenguaje que vaya más allá de la vivencia individual, para que pueda ser comprendido fácilmente por terceros, agregando elementos a la comprensión de lo evaluado (Alfaro).

Según Castillo & Gento (1995), el modelo iluminativo tiene como finalidad básica “la de iluminar sus distintos componentes, para describirlos convenientemente y comprenderlos en relación con el propio contexto en que se desarrollan” (p. 63). Por lo

que se deben considerar las opiniones de las personas que participan en el programa; interpretar el significado de sus palabras cuando asumen posturas, interactúan con otros usuarios del programa o cuando plantean soluciones a los problemas y considerar los diferentes escenarios y sus distintas perspectivas, de manera que ayuden a comprender la situación y esclarecer los hechos cuando se elabore el informe de la situación.

En la evaluación iluminativa se distinguen las siguientes etapas sugeridas por Briones (1985, p. 28):

1. Identificación de interlocutores que pueden señalar problemas y características importantes del programa.
2. Observación y entrevistas etnográficas por parte del investigador.
3. Profundización de los aspectos del programa encontrados en la primera etapa, mediante entrevistas con detalle, historias de vida, etc.
4. Validación de los resultados producidos por el programa. Esta validación recurre a diversas técnicas cualitativas y cuantitativas de acuerdo con el procedimiento general llamado “triangulación metodológica”.
5. Redacción del informe final. Este informe se redacta en un lenguaje accesible a los usuarios del programa en el cual se colocan dibujos simples, narraciones de hechos concretos, citas textuales de los participantes, con interpretaciones psicológicas y sociológicas.

Para el cumplimiento de estas etapas, se utilizarán las siguientes técnicas:

Revisión de Fichas Clínicas de los Pacientes: esta técnica será útil al momento de la extracción de datos relevantes de los pacientes atendidos en el grupo y sus cónyuges. Así se podrá obtener un referente específico de la situación de cada uno de los entrevistados y las causales por las cuales fueron ingresados al Programa Derechos Humanos, Salud y Violencia, la historia de vida como de la evolución clínica dentro del tratamiento, además de información de base como es el domicilio, teléfono, número de integrantes del grupo familiar, edades, etc.

Grupos Focales: se utilizará para la obtención de información, ya que permite, a través de una conversación grupal entre personas escogidas de un grupo objetivo, conocer las

opiniones que los participantes, libre y espontáneamente, expresen sobre el tema que los convoca. Dicha conversación estará dirigida por el investigador, quien utilizará una pauta de temas de importancia para la investigación.

Entrevista Semiestructurada: se utilizará para la obtención de la información de la experiencia que las mujeres han tenido respecto al tratamiento de sus parejas, procurando que las entrevistadas definan y transmitan su situación personal y los cambios personales observados, por ellas, a partir de las terapias. Esto, con el fin de obtener un cuadro comparativo que permita determinar modificaciones en las conductas violentas, disminuyendo la posibilidad de que los hombres entreguen respuestas ideales y no reales.

**Muestra**: para la obtención de la información requerida en la presente investigación, se utilizará:

Muestra Intencionada: este tipo de muestra utiliza un procedimiento que no es mecánico, ni en base a fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones del investigador en función de la investigación. El objetivo es extraer la riqueza, profundidad y calidad de la información, por sobre la cantidad y estandarización.

Si bien, este tipo de muestra tiene la limitación de no ser del todo objetiva ni, necesariamente, representativa, se regirá por el cumplimiento de ciertos criterios de inclusión y de exclusión, estableciéndose categorías que permitirán determinar quiénes, de las personas asistentes a las terapias de grupo, reúnen las condiciones para constituir dicha muestra. Las categorías establecidas son:

- Tener domicilio en la Provincia de Osorno.
- Ser derivado, por sanción, desde tribunales.
- El motivo de la sanción judicial debe corresponder a VIF a la pareja.
- Mantener una relación de convivencia con la pareja.
- Haber cumplido, a lo menos, 6 meses de terapia de grupo.

## V. RESULTADOS

:

### ELLOS

- **Terapia de Grupo:**

En la discusión, los participantes refieren no haber contado con ningún conocimiento previo del trabajo terapéutico en violencia intrafamiliar realizado en el Centro de Salud Mental, asociando las intervenciones en dicho establecimiento de salud a quienes manifestaban algún grado de locura.

Respecto a la voluntariedad para asistir a las terapias, los participantes manifiestan que no existía ninguna motivación previa, por cuanto no visualizaban la violencia en la relación, no creían que este tipo de instancias sirvieran o pensaban que terceros ajenos a la familia no tenían porqué enterarse de los conflictos existentes, avergonzándose del punto al que habían llegado con sus parejas, pero convencidos de que podían solucionar el problema solos.

Una vez conocida la metodología de intervención, la opinión de los participantes respecto al grupo de hombres que ejercen VIF, es positiva, por cuanto ha servido para una mejor relación con las parejas.

Respecto a la estructura básica de la modalidad grupal, los participantes se sienten conformes con la presentación inicial, que permite conocer a quienes se integran por primera vez y, a conocer a quienes ya llevan un tiempo asistiendo y trabajando en el grupo. En relación a la periodicidad de las sesiones, se presentan distintas opiniones, ya que a la mitad de los participantes no les acomoda una sesión mensual, por considerar que es muy poco para sus necesidades y solicitan aumentar las mismas; sin embargo, otro grupo plantea el número de sesiones como adecuado, ya que no existen las facilidades laborales para poder asistir con mayor frecuencia, poniendo en riesgo el trabajo y corriendo el riesgo de quedar estigmatizado frente al jefe por asistir a un tratamiento en el Servicio de Psiquiatría. Frente a la modalidad de sentarse en círculo dentro de la sala para realizar las sesiones, manifiestan conformidad, en tanto los obliga a mirarse a la cara, ver claramente a quien habla, estar cerca unos de otros, tocándose



con los codos y sintiendo cómo el del lado se emociona y requiere que, entre ellos, se acojan.

Respecto a que los terapeutas sean hombres, tema que abre la discusión de género, el grupo manifiesta que prefiere tener a hombres como guías, a fin de poder expresarse libremente. Si bien una parte de los participantes refieren no tener complicaciones con que una mujer guíe la terapia, por cuanto se trataría de una persona profesional, se sentirían restringidos para manifestarse de una manera más relajada, con la posibilidad, incluso, de decir garabatos.

Los participantes manifiestan que los temas tratados han producido resonancias personales que los han llevado a reflexionar respecto a su situación de pareja.

En lo referente a la percepción de utilidad de los temas tratados, los participantes manifiestan que se han sentido representados en los distintos temas, valorizando positivamente el conjunto de ellos y cómo se entrelazan, más que ser analizados individualmente, ya que sienten que cada uno de los temas es un prelude para el de la siguiente sesión.

Los participantes refieren que su asistencia a la terapia de grupo ha contribuido a modificar sus formas de relacionarse, cambiando la mayoría de las conductas agresivas, si bien concuerdan en que aún necesitan trabajar otros aspectos que están muy arraigados y que les resultan difíciles de manejar, por la valoración que ellos les dan a algunos temas como la masculinidad y la sexualidad.

En la discusión, los participantes proponen como ideas para mejorar la intervención grupal la necesidad de incorporar a las parejas a instancias parecidas, ya que, como ellos llegan desde tribunales, ellas no están necesariamente obligadas a asistir a alguna terapia, además se propone la posibilidad de realizar seguimiento a los asistentes al grupo y a sus familias, a fin de acercar la institución a ellos, permitiendo evaluaciones periódicas de las evoluciones.

- **Relación de Pareja:**

Hay consenso de que, en la actualidad, la toma de decisiones en la familia es realizada entre ambos, compartiendo el poder con la pareja y considerando la opinión y

experiencia del otro en algunos temas cómo qué comprar, la crianza de los hijos, las salidas familiares.

En relación al establecimiento de las normativas en el hogar, éstas son establecidas en conjunto con las parejas, tomando el parecer de ellas para llegar a una definición. Esto mismo se aplica en lo referente a los hijos, ya sea para la educación de ellos o para los permisos, donde la pareja se involucra para decidir.

En la definición de la administración de los recursos económicos, la mayoría plantea que el dinero es manejado por las parejas, ya que al estar ellas a cargo de la casa, son quienes mejor conocen las necesidades del hogar. Un grupo menor refiere manejar ellos los recursos económicos por creer ser más ordenados que sus parejas.

Las áreas en las que se toman las decisiones son compartidas, pero algunos participantes manifiestan tener mayor injerencia en lo relativo a las reuniones con los amigos, principalmente por ser ellos quienes tienen mayores redes sociales.

En la discusión, en lo referente a la distribución de las actividades domésticas, los participantes manifestaron que antes de asistir al Centro de Salud Mental, no colaboraban en tareas del hogar por considerarlas actividades propias de las mujeres, tanto las que se realizan dentro como fuera del hogar. Después de asistir a las terapias, manifiestan que se han ido introduciendo en algunas tareas, compartiendo y aceptando que las parejas les enseñen a realizar algunas de ellas.

Los participantes manifestaron estar realizando actividades en conjunto con sus parejas, aprendiendo y divirtiéndose con ellas.

Respecto al rol de género, los participantes concuerdan en que el ser hombre está relacionado con utilizar ciertas máscaras que impiden mostrarse tal como son, impidiendo la afectividad y las emociones, dejando de lado la “debilidad”, aspectos que, a la larga, les desgastan y hacen que exploten con las personas que quieren. Hay consenso en que el ser hombre está relacionado con el querer y respetar al otro, pero, también, a sí mismo. De alguna manera, la preocupación ha estado centrada en demostrarle a los demás qué tan machos pueden ser, pero se han olvidado de cómo ser hombres.

Referente al género femenino, la discusión se basa en el rol de compañera, la que acoge y valora y que es educada para postergarse en relación al hombre, dejando de lado sus propios intereses y que, aún así, resiste las presiones del medio.

Al discutir si ha existido alguna imposición por parte del otro para realizar algún acto en contra de la voluntad de la pareja, los participantes manifiestan en su mayoría haber ejercido alguna coerción en sus parejas para presionarlas, principalmente, en el área sexual y recreacional; la minoría refiere que no han presionado a sus parejas. Sin embargo, todos concuerdan en haber sido obligados por sus parejas para asistir a las terapias.

Cuando se discute la opinión que los participantes tienen de su relación de pareja, concuerdan en haber tenido una mala concepción, la que se formó luego de varios años de estar juntos y que se confirmó con la denuncia interpuesta en contra de ellos, la que fue avalada por otras mujeres que se desenvuelven dentro del sistema como carabineras, actuarías y juezas, estableciéndose una suerte de conflicto entre los géneros. Esta concepción cambió para la mayoría luego de las terapias, una vez que empezaron a relacionarse nuevamente con ellas; en tanto una minoría refiere no haber cambiado mucho de opinión, ya que sienten que ambos se dañaron mucho y que es poco probable volver a verse como pareja.

- **Comunicación en la Pareja:**

Respecto a la posibilidad de que los participantes expresen sus pensamientos a las parejas, estos refieren poder hacerlo, al igual que expresar sus sentimientos y emociones, lo que antes no hacían o, de hacerlo, era a través de la influencia del alcohol.

En lo referente a con quiénes expresan sus sentimientos y emociones, validan al grupo terapéutico como el espacio y las personas con quien poder compartirlos, en el entendido de que los participantes han pasado por las mismas frustraciones que ellos y, por lo tanto, no se sienten criticados ni juzgados al hacerlo. Además, la mayoría de los participantes refiere haber empezado a expresar emociones y sentimientos a sus parejas, recibiendo resistencias de ellas al principio, por no creerles.

Los participantes refieren que las parejas no expresan sus emociones y sentimientos, a no ser que sea en una discusión, ya que la mayoría de los participantes reportan no haberse preocupado de crear los espacios necesarios para la comunicación, sintiendo, en varios casos, la sensación de no conocer a su pareja. Esto se ha intentado cambiar, pero la incredulidad y desconfianza de ellas ha obstaculizado dicha posibilidad.

- **Conducta Violenta:**

Los participantes refieren que antes de asistir a las terapias ejercían distintos tipos de violencia intrafamiliar, preponderantemente psicológica, física y, en varios casos, sexual; también un grupo minoritario refirió ejercer violencia económica. Una vez participado en las terapias de grupo, los tipos de violencia han tendido a disminuir, manifestando aún ejercer, al momento de las discusiones, violencia psicológica y, en muy pocos casos, física.

- **Resolución de los Conflictos en la Pareja:**

Durante la discusión sobre las causas por las que se ejercía la violencia antes de iniciar algún tratamiento en el Centro de Salud Mental, los participantes manifestaron que los motivos estaban ligados a los celos y a la negación de las parejas a tener relaciones sexuales; un grupo minoritario planteó que las tensiones ocasionadas por los problemas económicos los llevaron a agredir a las parejas, en tanto otro grupo minoritario planteó que la violencia estaba ligada a la rebeldía de los hijos, llevando a los padres a culparse entre sí, terminado las discusiones con agresiones entre ellos. Una vez que los participantes iniciaron un proceso terapéutico, las causas que motivaban las discusiones estaban ligados al estrés ocasionado por los problemas económicos y la inestabilidad laboral; un grupo minoritario planteó la problemática de los hijos rebeldes como un factor que aún lleva a las discusiones con la pareja.

Respecto a las formas en que se resolvían los conflictos antes de ingresar al Centro de Salud Mental, éstas eran, mayoritariamente, a través de gritos y descalificaciones, lo que era seguido por golpes y relaciones sexuales forzadas; un grupo pequeño planteó, además, la utilización de violencia económica o chantajes emocionales, esto último realizado a través de los hijos. Después de la asistencia al

Centro de Salud Mental, las formas de resolución de conflicto han cambiado, manifestando consensualmente los participantes que la conversación con la pareja se ha constituido en la principal instancia para resolver los problemas; sin embargo, a algunos les es difícil no llegar a un acuerdo inmediato y han iniciado discusiones.

## **ELLAS**

### **• Terapia de Grupo:**

Respecto al conocimiento que las parejas tenían respecto al grupo, las mujeres manifestaron que inicialmente los varones eran muy reservados y tendían a evitar conversar respecto a las sesiones, pero esta postura inicial que tenían los asistentes al grupo comenzaría a variar de acuerdo a la cantidad de sesiones a las que asistían, comenzando a ser más abiertos y a relatar lo que se conversaba en las terapias.

La mayoría de las mujeres refiere tener una opinión favorable respecto al trabajo grupal, la que no era así al principio, por considerar que eran insuficientes la cantidad de sesiones y, además, no tener fe en que su pareja fuera a cambiar. Un grupo muy menor no creía que la terapia de grupo pudiese servir y pensaba que en unos meses más, cuando se hayan calmado las presiones judiciales, sus parejas volverían a ser violentas. Otras esposas prefieren esperar un tiempo antes de opinar respecto al grupo.

Existe unanimidad por parte de las mujeres de que si no hubiesen denunciado a sus parejas, éstas jamás habrían buscado ayuda profesional para solucionar el problema de la violencia.

### **• Relación de Pareja:**

La mayoría de las mujeres plantearon que los hombres, antes de asistir a la terapia de grupo, no ayudaban en la casa, en tanto un grupo muy menor refirió que sí lo hacían.

La mitad de las mujeres plantearon que las parejas están realizando voluntariamente, en la actualidad, labores domésticas de distinta índole, como cocinar, hacer aseo o salir de compras, en tanto otras opiniones están divididas entre las que les

tienen que pedir a sus parejas que realicen alguna labor o, simplemente, las parejas no las apoyan en las labores de la casa.

De las mujeres entrevistadas, la mayoría refirió que los hombres, antes de asistir a las terapias de grupo, controlaban todo lo referente a la casa (dinero, permisos, sanciones a los hijos, recreación), sintiéndose desautorizadas por ellos y que esta situación habría cambiado luego de la intervención grupal, donde la mitad refiere que las decisiones del hogar se están tomando en conjunto, en tanto un grupo minoritario de los hombres le están pasando el control de la casa a ellas.

La mayoría de las mujeres refirieron haber sido controladas por sus parejas (obligándolas a vestirse de una manera determinada, salir cuando ellos querían, juntarse con determinadas personas o desvincularse de los amigos que tenían antes de vivir juntos), además, un grupo igualmente mayor, manifestó ser obligada por sus parejas a realizar actos en contra de su voluntad, como por ejemplo sostener relaciones sexuales.

- **Comunicación en la Pareja:**

La mayoría de las mujeres plantean poder expresar lo que piensan y refieren poder demostrar sus emociones ante terceros. En tanto algunas manifiesta poder hacerlo sólo frente a su pareja.

La mayoría de las mujeres plantearon que los hombres comenzaron a expresar sus emociones luego de asistir a las terapias, ya que antes de ello prácticamente la totalidad no lo hacía.

- **Conducta Violenta:**

La totalidad de las mujeres manifestaron la existencia de violencia psicológica, previa a la terapia de grupo, un grupo mayor refirió haber sufrido violencia física, mientras que otras reconocieron haber sufrido violencia sexual. Pocas personas manifestaron la presencia de violencia económica.

En las relaciones actuales, la mitad planteó que no se presenta la violencia física y la totalidad de las mujeres concuerdan en que no hay presencia de violencia sexual ni económica, en tanto un grupo menor manifiesta que aún hay violencia psicológica.

La mayoría de las mujeres refirió que la violencia ha disminuido, porque con su pareja conversan los problemas que les afligen, en tanto un grupo menor manifiesta que la violencia ha disminuido, porque han integrado estrategias para no discutir con la pareja cuando ven que él está enojado.

La mayoría de las mujeres manifiesta estar más a gusto con su pareja y los cambios conductuales que ha incorporado, evaluando como satisfactorio el proceso terapéutico vivido por el hombre. Un grupo muy pequeño no está a gusto, porque siente que ya se mermó la confianza entre la pareja y sólo siguen juntos por los hijos.

## **NOSOTROS**

Para el equipo de terapeutas, la intervención con hombres que ejercen violencia intrafamiliar comenzó con muchas dudas, básicamente dando respuesta a una necesidad dada por la demanda y los pocos recursos profesionales, careciendo de conocimientos profundos respecto a las modalidades de grupo con este tipo de población.

Inicialmente se buscó en la literatura, encontrando muy pocos referentes y experiencias, por lo que se comenzó a adaptar lo escrito en torno a las intervenciones con mujeres víctimas de violencia, adaptando la información recogida hacia la perspectiva masculina.

Esta tarea fue encomendada a los hombres del equipo del programa de violencia intrafamiliar del Centro de Salud Mental, determinado, principalmente, por las resonancias que producía en las mujeres del equipo el trabajo con hombres (principalmente por la relación terapéutica con las víctimas, enrabándose con los hombres).

Una vez preparados los temas, el inicio de las intervenciones estuvo marcado por una constante de errores en el abordaje, principalmente por la idea de tener que educar a quienes ejercían violencia, reproduciendo aburridos discursos acerca de lo bueno y lo malo. Esta primera etapa es metaforizada por el equipo de salud como “los vaqueros buenos de sombrero blanco que entran al bar para enfrentarse a los vaqueros malos que se distinguen con sus sombreros negros”.

Esto generaba mucha resistencia por parte de los asistentes que eran derivados forzosamente a la terapia, sin otra motivación que la de no ser sancionados judicialmente, por lo que la participación era bastante restringida y, en muchos casos, confrontacional, apareciendo discusiones entre el grupo y los terapeutas, las que tendían a enrabiar a los asistentes.

Al mismo tiempo, los profesionales que dirigían la intervención grupal se encontraban en distintas etapas de su vida, lo que les implicaba, desde sus propias resonancias, miradas distintas respecto a los procesos, las que muchas veces no eran necesariamente concordantes entre ellos ni con el grupo, generándose confusión y una suerte de “empantanamiento” en la dinámica.

Hubo que hacer una reflexión de equipo, y también por parte de los terapeutas, respecto a lo que se esperaba conseguir con los hombres que asistían al grupo, acordándose modificar el “sermón” inicial por una conversación orientada hacia los sueños y las expectativas de vida, y las consiguientes frustraciones por no poder cumplir con ellas, tratando de comprender las circunstancias de la vida que determinan el llegar a cierto punto en el que se termina provocando daño (entendiendo ese daño no sólo como un efecto hacia otros, sino hacia sí mismos).

Esta nueva mirada, matizada con momentos de humor, tratando de rescatar los aspectos de resiliencia que puedan tener los asistentes al grupo y, en conjunto, intentar encontrar un “sentido a la vida”, ha permitido un nuevo encuadre, mucho más cercano y coherente con las búsquedas personales de todos.

## **VI. CONCLUSIONES**

:

El fenómeno de la violencia puede ser mirado desde muchas aristas y, de hecho, cuando se escucha la historia de quien la ejerce, es posible comprender los factores que lo situaron en dichas circunstancias. Sin embargo, el comprender un fenómeno no implica, necesariamente, justificarlo y desde ahí es que se complejiza la intervención,



por cuanto, para quien ejerce violencia pareciera que el medio está siendo hostil con él sin mediar condiciones para ello, ya que prevalece la justificación de la acción violenta.

Por lo anterior es que resulta difícil aceptar la posibilidad de buscar ayuda externa, primero por la existencia arraigada de mitos respecto a las relaciones sociales y a las normativas legales y políticas públicas, cuya orientación son sentidas con preferencia hacia la protección del género femenino por sobre el masculino. La violencia es justificada como un método que permite mantener ciertos equilibrios y de ahí la molestia cuando se realiza la denuncia, ya que se llega a una instancia donde al hombre se le cuestiona todo y donde visualiza a la instancia terapéutica como una extensión del sistema legal y no como una instancia de solución a sus conflictos familiares.

En una sociedad como la chilena, donde el hombre asume el rol de proactivo, protector y proveedor, la posibilidad de pedir ayuda es inmediatamente descartada, por cuanto significaría una muestra de debilidad, más aún cuando esta solicitud de ayuda tiene que ver con el campo de lo emocional, donde el hombre se ha autovedado históricamente la posibilidad de participar, ya que reafirmaría la posibilidad de ser vulnerable; característica o cualidad que culturalmente es atribuida a lo femenino. Esto lleva a la formación de prejuicios respecto de asistir al psicólogo y a instituciones que trabajen en estas áreas, por estereotiparlas inmediatamente dentro del orden de las enfermedades mentales y atribuírsele estos espacios a la mujer, para tratar cuadros como “la depresión” (en el sentido más peyorativo y popular que tiene esta enfermedad).

El tener que ir al terapeuta de manera obligada es recepcionado con molestia, ya que, en primera instancia, no se visualiza la violencia como un problema, ni siquiera como violencia en sí, definiéndolo como una situación que puede ser solucionada por ellos mismos, invalidando la intervención de terceros. Además, se realiza la asociación inmediata de que quien va al psicólogo es porque está loco, generando mayores resistencias. Se suma a ello los comentarios de los amigos y las repercusiones en el trabajo frente a la imagen que se puedan formar de su persona. Además, dentro de las construcciones masculinas, está la importancia de no ser visto como un ser vulnerable, riesgo que aparece al tener que participar en estas instancias, contando intimidades

frente a desconocidos en un grupo, exigiendo posteriormente la atención individual para expresar su verdad.

Sin embargo, una de las primeras observaciones planteadas por los participantes es que la instancia de asistir a un grupo ha permitido un cambio positivo en las formas de relación, como también una amplitud de mente respecto a los mitos existentes sobre el tema, iniciándose una discusión sobre aspectos que antes no eran abordados.

Al estar resistentes a las instancias de ayuda y al no ser entrenados socialmente para el intercambio y expresión de afectos, es valorada como importante la dinámica del grupo, que los obliga a presentarse a todos, dándole un nombre al problema por el que son llevados a esta instancia (en este caso: “estoy aquí porque tengo problemas de violencia intrafamiliar”) y a sentarse en un círculo, que los obliga a mirarse y a contactarse visual, e incluso físicamente, debido a la cercanía de las sillas. La expresión de las emociones se vuelve importante y tocar al compañero del lado no es considerado sinónimo de homosexualidad, descartando los prejuicios asociados al respecto. Este contexto posibilita lo que el Dr. Jorge Barudy denomina “el paradigma del copucheo”, concepto que surge de su observación de las dinámicas propiamente femeninas, en donde las formas de expresión emocional favorecen la interacción y la resolución de los conflictos. Dentro del grupo de hombres es posible iniciar el entrenamiento para el aprendizaje de nuevas formas de expresión emocional, trabajando la capacidad de asociatividad para el establecimiento de redes. Las construcciones masculinas determinan que estos espacios son privilegio de las mujeres, por cuanto ellas son entrenadas socialmente para establecer lazos afectivos a través de la comunicación, transformando estos espacios en territorio desconocido para los hombres.

Por lo anterior, es interesante, desde la perspectiva de género, la validación por parte de los hombres que participan en el grupo a las terapeutas mujeres, en su rol profesional, no cuestionando su calidad profesional para dirigir la instancia grupal y trabajar estos aspectos, sino que planteando como obstáculo que la participación de una mujer implicaría restricciones en el uso del lenguaje y en el abordaje de algunos temas, por lo que existe una mayor comodidad al contar con terapeutas varones.

Los temas tratados en las sesiones grupales han permitido el inicio de nuevos cuestionamientos y reflexiones en torno a cómo el hombre se enfrenta al mundo y construye sus creencias y espacios, no considerando a la pareja y, en muchos casos, no considerándose a sí mismo para cumplir o actuar conforme con ciertos estándares sociales exigidos por el entorno. Por esta razón, los temas abordados se han validado, por considerarse coherentes respecto a las necesidades personales, sintiéndose interpretados con ellos. Validación que surge del trabajo conjunto entre terapeutas y pacientes al discutir los distintos puntos de vista, descartando la intervención impuesta, por una en que se involucra a los participantes y se les considera.

El grupo ha permitido la modificación en las dinámicas de la relación de pareja, cambiando distintos aspectos que involucran más la consideración y conciencia de la existencia del otro y también una autovalidación referente a lo que ellos son capaces de ofrecer y realizar. Sin embargo, el proceso es lento, por lo que existe la sensación de que aún quedan muchas cosas por resolver, que van desde lo personal hasta la recuperación de la confianza en ellos por parte de la pareja.

Entre los cambios conductuales que se pueden apreciar, aparece la capacidad de conversar y tomar decisiones en conjunto con las parejas en temas relacionados con la relación, la recreación, las normas establecidas en el hogar; en lo económico, se comienza a confiar en la pareja para la administración de los recursos. Además, se presenta un cambio en la participación en las tareas del hogar; actividades que estaban atribuidas exclusivamente a las mujeres comienzan a ser compartidas por ellos, iniciando un proceso de autodescubrimiento de las propias competencias en distintas áreas domésticas e incluso el disfrute de muchas de ellas.

Todo lo anterior muestra un cuestionamiento a los principios machistas, a las representaciones sociales que ellos tenían respecto a la masculinidad y respecto a ellos mismos; pero además, la crítica no se queda sólo en ella, sino además aparece la manifestación de cambios conductuales e intentos de ser distintos a como se era, ya sea por la pareja o por ellos mismos como motivación última, creándose un espacio para la emocionalidad que antes no existía, permitiéndose llorar como reír en un espacio donde

no se es cuestionado, sino aceptado y respetado. Es una crítica a las máscaras utilizadas por los hombres para no mostrar debilidad frente a los demás y la reflexión en torno a la postergación de la mujer por su rol social, con tantos sentimientos, proyectos y frustraciones como ellos, apareciendo algo en común con sus mujeres y que, por lo tanto, los acerca en lugar de distanciarlos.

Al pasar los años, muchas de las personas asistentes a las instancias de grupo manifestaron tener una mala concepción de las mujeres en general y de la relación de pareja en particular, principalmente elaborada desde la frustración por no haber alcanzado el proyecto de vida que originalmente habían planificado junto a su cónyuge. Esta concepción se fue modificando paulatinamente al percatarse que la frustración era compartida por las parejas, y que al interesarse en las penas de ellas e intentar establecer nuevos mecanismos de relación, la comunicación se empezaba a tornar menos agresiva. Tomaron conciencia de que, al parecer, era necesario realizar cambios positivos en lo emocional, lo que podía ayudar a facilitar el acercamiento entre los cónyuges.

A pesar de la conciencia respecto a la violencia ejercida a las parejas y a los intentos por cambiar estas conductas, aún se visualiza la presencia de actos violentos, si bien muchos han desaparecido. Es notoria la eliminación de la violencia sexual y de la aparición del respeto por el cuerpo de la pareja. También la violencia física ha disminuido notablemente, aunque aún se puede apreciar la presencia de violencia psicológica, la que está muy ligada a las frustraciones inmediatas de los hombres como el no ser exitoso, no contar con determinados bienes ni recursos económicos o no poder manejar a los hijos adolescentes.

Sin embargo, ¿qué hará que algunos tipos de violencia desaparezcan más rápidamente y otros persistan más en el tiempo?. Puede ser que el aprender a trabajar sobre los significados, las interpretaciones que se le dan a las cosas, la búsqueda del sentido a la vida y a tener conciencia de qué es lo que estamos comunicando, hayan permitido estos cambios. Finalmente, el ejercicio al que han sido sometidos los hombres obligados a terapia es a sentarse a conversar y a comunicarse, a expresar lo que antes no expresaban y a sentir lo que antes se prohibían sentir.

Al conversar con las parejas respecto a la evolución de los hombres luego de asistir a las sesiones de grupo, aparece un importante consenso por parte de las mujeres de que ellos efectivamente han cambiado en algunos aspectos, aunque aún persiste la incredulidad respecto a estos cambios. Incredulidad a raíz del conocimiento del ciclo de la violencia y de cómo las promesas de cambio ya habían sido manifestadas con anterioridad, además de considerar los tiempos terapéuticos insuficientes para realizar dichos cambios. Sin embargo, aparece el desconcierto por las nuevas formas de relación, ya que estas comienzan por la preocupación del sentir de ellas, lo que antes no ocurría, ya que se paliaba la agresión con regalos o recursos de orden material, por sobre las emociones, logrando, en la actualidad, evaluaciones conjuntas de la vida conyugal.

Si bien las esposas son menos taxativas al afirmar si hay cambio o no con respecto a los hombres, se puede apreciar una nueva dinámica en la relación de pareja, donde se han incorporado nuevos elementos de comunicación y de apertura a los tiempos del otro, entendiendo que aún hay muchas cosas que mejorar, tanto como pareja como asistente al centro de salud, proponiendo ideas para mejorar las instancias en las que han participado, planteando etapas, que van desde la formación de grupos similares a los de ellos, donde las mujeres puedan expresar sus emociones en torno a la violencia, hasta etapas en las que se contemple el trabajo grupal, pero con parejas, para aprender a socializar y a conversar, pero esta vez “de a dos”. Todo esto acompañado de un constante seguimiento de los casos, en donde haya una preocupación permanente de la institución por la situación de ellos y su evolución.

Desde los terapeutas, la discusión pasa por las resonancias que el tema trae consigo, básicamente enojo o rabia, factores por los que inicialmente se fallaba en las intervenciones, ya que la mirada estaba influenciada por la carga cultural y valórica del equipo. Las intervenciones terminaban cansando y enojando a los profesionales, ya que no había disfrute en el trabajo, por cuanto era una constante batalla entre “los buenos y los malos”. Esto se modifica cuando se cambia esta visión antagonista por una en que se involucran las expectativas de vida, los sueños y las frustraciones, iniciando un trabajo

donde se intenta encontrar el sentido a la vida para alcanzar la felicidad como meta final, cambiando las estructuras formales y “la objetividad” por un comprender y disfrutar.

Al ser desde lo negativo, las fallas y los fracasos, de donde históricamente se ha intervenido, sesgando la mirada y esteroripando a los sujetos de atención, se deja de lado la oportunidad de explorar la gama de recursos que las personas tienen y que se desconocen y no se han desarrollado, por ello es fácil decir que el que se droga es “un drogadicto”, el que fracasa en varios aspectos de su vida es “un perdedor” y el que ha maltratado a su familia “es un agresor”. La sociedad y las instituciones que se encargan de regular las normas establecidas intervienen desde el déficit, con cierta hostilidad a quienes no se encuadran dentro de lo ya pre-establecido. Sin embargo, la apuesta del grupo de hombres del Centro de Salud Mental es distinta; desde los recursos personales, aquellas potencialidades del individuo que le han permitido, a pesar de su historia personal de violencia y empleos mal remunerados o cesantía, mantenerse en una búsqueda constante de la felicidad. Por tanto, en contraposición a las miradas hostiles del sistema, cuyo fin es más castigador que rehabilitador, lo que se propone es trabajar desde el modelo de competencias, rescatando los aspectos resilientes del individuo y encontrando ahí los elementos necesarios para la verdadera recuperación.

Por lo tanto, se podría considerar al grupo terapéutico como un espacio de contención que favorece la emergencia de los aspectos más vulnerables de los hombres asistentes, facilitando así la aparición de la denominada “reserva de amor”, derribando las barreras levantadas inicialmente producto de la coacción.

El trabajar estos aspectos guarda relación con la noción de construcción social de la realidad, ya que, por una parte, la ejercitación desconstructiva ayuda a jugar y a dudar de afirmaciones que pueden limitar las relaciones como también, facilita el entrenamiento para participar de conversaciones que promuevan los cambios deseados. Desde el enfoque del construccionismo social se puede desconstruir y redefinir el contexto de género, la familia, los roles conyugales y parentales, las historias individuales y colectivas, entre otros temas que condicionan emociones y conductas. También se puede tomar conciencia de las tendencias que sostienen los propios

discursos y generar y cuidar un lenguaje que ayude a producir debates y conversaciones liberadoras para los hombres y sus parejas.

Esto permitiría un cambio en las narrativas de los hombres respecto a sí mismos, “el cuento que cada uno se cuenta sobre sí mismo y su historia”, que da la impresión de que es inalterable en el tiempo hasta que se toma conciencia de éste. Las instituciones, los hombres, los terapeutas, todos tienen sus propias narrativas y actúan conforme a ellas; pero las narrativas pueden cambiarse y esa es la apuesta del grupo terapéutico, la que se ha ido logrando poco a poco, independiente de las resistencias iniciales.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

:

- Alfaro, J. *Evaluación en Intervención Psicosocial*. Manuscrito no publicado.
- Arón, A. M. (2001). *Violencia en la Familia. Programa de Intervención en Red: La experiencia de San Bernardo*. Santiago, Chile: Editorial Galdoc Ltda.
- Aylwin, N. & Solar, M. (2002) *Trabajo Social Familiar*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Barudy, J. (1999) *Maltrato Infantil. Ecología Social: Prevención y reparación*. Santiago, Chile: Editorial Galdoc.
- Bertelli, M. (2000) *Historias de Violencia*. Buenos Aires, Argentina: Fundación Armonía.
- Bourdieu, P. (2002) *Selección de Artículos de Le Monde Diplomatique*. Santiago, Chile: Editorial Aún Creemos en los Sueños.
- Cirillo, S. & Di Blasio, P. (1994) *Niños Maltratados. Diagnóstico y Terapia Familiar*. Barcelona: Editorial PAIDOS Ibérica S.A..
- Corporación DOMOS. (2001) *Curso Taller: Intervención con Hombres que Abusan: Un enfoque educacional y de respuesta comunitaria coordinada*. Patrocinado por la Universidad Diego Portales y el Banco Interamericano de Desarrollo, Concepción.
- Corsi, J. y otros. (1995) *Violencia Masculina en la Pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Editorial PAIDOS.
- DIDECO Osorno. (2003) *Diagnóstico Comunal Urbano de Seguridad Ciudadana*. I. Municipalidad de Osorno.
- Delgado, J. M. & Gutiérrez, J. (1995) *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Madrid, España: Editorial Síntesis S. A.
- Demicheli, G. & Clavijo, C. (2003) *Violencia Intrafamiliar en Chile: Dilemas y desafíos para el psicólogo clínico que trabaja en el marco de la Ley N° 19.325*. Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
- Echeberúa, E. & de Corral, P. (1998) *Manual de Violencia Intrafamiliar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A..



- Fritz, P. & Muñoz, R. (2001) *Experiencia de Trabajo Grupal Terapéutico con Hombres que Ejercen Violencia Intrafamiliar, en el Centro de Salud Mental de Osorno*. Universidad de los Lagos, Osorno, Chile.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (1996) *Metodología de la Investigación*. Naucalpán de Juárez, Edo. de México: Ediciones McGraw-Hill.
- Hidalgo, C. & Carrasco, E. (1999) *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.
- Houston Area Women's Center Ending Domestic & Sexual Violence. (2003) *Manual de Entrenamiento para Voluntarios* (6ª ed.), Houston, Texas, Estados Unidos.
- Milán, A. M. (1997) *Contextos Obligados; Propuestas para la Intervención en Contextos Judiciales*. Santiago, Chile: Instituto de Terapia Familiar.
- Chile, Ministerio de Justicia. (1994) *Ley N° 19.325*. Publicada en el Diario Oficial el 27 de agosto de 1994.
- Chile, Ministerio de Justicia. (2005) *Ley N° 20.066*. Publicada en el Diario Oficial el 7 de noviembre de 2005. Extraído el 15 de noviembre, 2005 del sitio web de la biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.bcn.cl/portada.html>
- Morales, F. (1997) *Condenado a Terapia*. Santiago, Chile. Extraído el 19 de octubre, 2004, de [http://csociales.uchile.cl/psicologia/publica/condenado\\_a\\_terapia.pdf](http://csociales.uchile.cl/psicologia/publica/condenado_a_terapia.pdf)
- Ramonet, I. (2004, Julio). Violencias Masculinas. *Le Monde Diplomatique*, p. 3.
- Richards, H. *La Evaluación de la Acción Cultural*. CIDE.
- Rodrigues, A., Assmar, E. & Jablonski, B. (2002) *Psicología Social* (5ª ed.). México: Editorial TRILLAS S.A..
- Sáez, R. & Salamanca, F. (2004, Marzo) *Formulación y Evaluación de Proyectos Sociales*. Santiago, Chile: El Agua S.A., Consultores Asociados.
- Salazar, G. & Pinto, J. (2002) *Historia Contemporánea de Chile IV: Hombría y feminidad*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Sandoval, C. (1996) *Investigación Cualitativa*. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES).

SERNAM. (1997) *Una Reconstrucción Posible. Modelo de Intervención Centro de Atención y Prevención en Violencia Intrafamiliar*. Municipalidad de Santiago. Santiago, Chile.

SERNAM. (1999) *Plan Regional de Igualdad de Oportunidades, Región de Los Lagos*. Puerto Montt, Chile.

Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.

Valenzuela, V. (2001) *Hombres que Viven Relaciones de Violencia Conyugal*. FLACSO. Santiago, Chile.

# **ANEXOS**

## **PAUTA FOCUS GROUPS**

### **RESPECTO DE LA TERAPIA:**

FRECUENCIA	MENSUAL
HORARIO	09:00 A 11:00 HRS.
DURACIÓN	02 HORAS.
METODOLOGÍA	GRUPAL ABIERTA. TÉCNICAS PARTICIPATIVAS. UBICACIÓN CIRCULAR. PARTICIPANTES HOMBRES.
TERAPEUTAS	MÉDICO PSIQUIATRA. ASISTENTE SOCIAL.
DEPENDENCIAS	CENTRO DE SALUD MENTAL DE OSORNO

- 1) Usted asistió a un trabajo grupal con hombres en el Centro de Salud Mental. ¿Cuál es su opinión acerca de este trabajo?
- 2) ¿Cuál o cuáles de los temas tratados usted recuerda?
- 3) ¿Alguno de ellos le sirvió? ¿Por qué?
- 4) ¿Su participación en la terapia grupal le sirvió para modificar algún aspecto de su persona?
- 5) ¿Qué cambios y propuestas sugiere usted para mejorar la terapia grupal?
- 6) Si a usted no lo hubiesen derivado al Centro de Salud Mental ¿habría asistido a un trabajo grupal de este tipo?
- 7) ¿Usted tenía conocimiento del trabajo que se realiza en el Centro de Salud Mental?

## RESPECTO DE LA RELACIÓN DE PAREJA:

<b>ROLES</b>	PRODUCTIVO. REPRODUCTIVO. GESTIÓN COMUNITARIA.	<b>PODER</b>
--------------	---	--------------

1) ¿Realiza alguna actividad doméstica en el hogar? ¿Cuál?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

2) ¿Realiza alguna actividad doméstica fuera del hogar? ¿Cuál?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

3) ¿Realiza alguna actividad en pareja? ¿Cuál?

4) ¿Qué es para usted ser hombre? ¿Cómo debe ser?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

5) ¿Qué es para usted ser mujer? ¿Cómo debe ser?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

6) ¿Quién establece las normas y reglas en el hogar? ¿Cómo?

HORARIOS – ORDEN - ASEO
-------------------------

7) ¿Quién es la persona responsable de la educación de los hijos?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

8) ¿Quién autoriza los permisos de los hijos?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

9) ¿Quién administra el dinero en la familia? ¿Cómo?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

10) ¿Usted se ha sentido obligado por su pareja a realizar algún acto en contra de su voluntad?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

11) ¿Usted ha controlado a su pareja? (vestuario, salidas, amistades, etc.)

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

12) ¿Se ha sentido controlado por su pareja?

VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

13) ¿Quién tiene mas influencia en la pareja para decidir sobre elección de distracciones, planes para el futuro, invitaciones?  
 VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

**RESPECTO DE LA TOMA DE DECISIONES:**

MUJER	TOMA LA DECISIÓN FINAL.
HOMBRE	TOMA LA DECISIÓN FINAL.
CONSENSO	LA PAREJA LLEGA A UN ACUERDO.
TERCEROS	TERCERAS PERSONAS DECIDEN POR LA PAREJA.
NO SE TOMA NINGUNA DECISIÓN.	

1) ¿Quién toma las decisiones en la familia? ¿Cómo?

2) ¿Sobre qué aspectos?  
 VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

**RESPECTO DE LA COMUNICACION EN LA PAREJA:**

VERBAL	EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES (RABIA, AMOR, TRISTEZA). HORIZONTALIDAD COMUNICACIONAL (CONFIANZA, RESPETO MUTUO). VERTICALIDAD COMUNICACIONAL.
NO VERBAL	GESTOS (EXPRESIONES HACIA LA PAREJA, ADEMANES). ACTITUDES HACIA LA PAREJA (ACOGIDA, RECHAZO, RESPETO, DESPRECIO).

1) ¿Usted dice lo que piensa?

2) ¿Usted dice lo que siente?

3) ¿Usted demuestra sus sentimientos y emociones? ¿Cómo?

4) ¿A quién?

5) ¿Usted puede expresarse libremente con su pareja?

VERBAL – NO VERBAL - SEXUAL

6) ¿Su pareja le demuestra sus sentimientos y emociones? ¿Cómo?  
 VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.

**RESPECTO DEL CONFLICTO:**

<i>MOTIVACIÓN</i>	
RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	VIOLENTA. NO VIOLENTA. NO SE RESUELVE EL CONFLICTO

- 1) ¿Cuáles eran las causas (motivos) mas frecuentes de pelea antes de llegar al Centro de Salud Mental?
- 2) ¿Cuáles son las causas (motivos) de pelea ahora?
- 3) Cuando se producen peleas con su pareja ¿llegan a alguna solución? ¿Cómo?  
 VER SI HA VARIADO EN EL TIEMPO. ATRIBUCIÓN.
- 4) ¿Antes llegaban a alguna solución?

**CONDUCTA VIOLENTA:**

TIPO	FÍSICA, PSICOLÓGICA, SEXUAL, NEGLIGENCIA, ABANDONO.
FRECUENCIA	PRIMER EPISODIO, OCASIONAL, CRÓNICA.
INTENSIDAD	LEVE, GRAVE, MUY GRAVE.

- 1) ¿Cómo se presentaban las peleas (violencia) antes de llegar al Centro de Salud Mental?
- 2) ¿Cómo son ahora?
- 3) ¿Cómo se siente usted con su relación de pareja?

## **DEFINICION DE CATEGORIAS**

### **RESPECTO DE LA TERAPIA DE GRUPO:**

#### **1.1 Conocimiento previo acerca de la existencia del grupo terapéutico de hombres, en el Centro de Salud Mental de Osorno.**

Se refiere a la información que tenían los participantes respecto al trabajo terapéutico realizado en el Centro de Salud Mental, antes de su ingreso formal como pacientes.

1.1.1 Existía conocimiento previo.

1.1.2 No existía conocimiento previo.

#### **1.2 Opinión acerca de la terapia de grupo.**

Se refiere a la evaluación que los participantes realizan de la modalidad de terapia grupal para hombres que ejercen VIF.

1.2.1 Positiva.

1.2.2 Negativa.

1.2.3 Indiferente.

#### **1.3 Opinión acerca de los aspectos prácticos del grupo de hombres.**

Se refiere a la formalidad en la presentación inicial, periodicidad de las sesiones y la circularidad de las sillas donde se sientan los asistentes.

1.3.1 Presentación inicial.

1.3.1.1 Conformes.

1.3.1.2 Disconformes.

1.3.1.3 Indiferente.

1.3.2 Periodicidad de las sesiones.

1.3.2.1 Conformes.



1.3.2.2 Desean mayor frecuencia.

1.3.2.3 Desean menor frecuencia.

1.3.2.4 Indiferente.

1.3.3 Circularidad de las sillas

1.3.3.1 Conformes.

1.3.3.2 Disconformes.

1.3.3.3 Indiferente.

#### **1.4 Opinión respecto al género de los terapeutas.**

Se refiere al hecho de que los terapeutas sean dos varones y no exista la presencia de una terapeuta mujer.

1.4.1 Prefiere terapeutas hombres.

1.4.2 Prefiere que uno de los terapeutas sea mujer.

1.4.3 Le es indiferente.

#### **1.5 Impacto de los temas tratados en el grupo.**

Se refiere a las resonancias personales que produjeron los temas tratados en las intervenciones de grupo.

1.5.1 Positiva.

1.5.2 Negativa.

1.5.3 Indiferente.

#### **1.6 Percepción de la utilidad de los temas tratados.**

Se refiere a la sensación de coherencia de los temas con respecto a los contenidos relevantes para los participantes al grupo de hombres.

1.6.1 Los temas son coherentes.

1.6.2 Los temas son incoherentes.

### **1.7 Percepción de la influencia de la terapia grupal en la modificación de la conducta agresiva.**

Se refiere a la impresión de que la terapia de grupo ha contribuido en cambios conductuales que lleven a la detención de los actos violentos.

1.7.1 Se han modificado conductas agresivas.

1.7.2 No se han modificado conductas agresivas.

### **1.8 Voluntariedad para asistir a la terapia de grupo.**

Se refiere a la motivación de los participantes para asistir libremente a las terapias de grupo.

1.8.1 Existía motivación para asistir a las terapias.

1.8.2 No existía motivación para asistir a las terapias.

1.8.3 Le era indiferente asistir a las terapias.

### **1.9 Propuestas para mejorar la terapia grupal.**

Se refiere a las ideas que aportan los participantes para mejorar las falencias que podría tener la intervención de grupo.

1.9.1 No hay necesidad de mejorar nada.

1.9.2 Realizar un seguimiento a los asistentes y sus familias.

1.9.3 Incorporar a las parejas a una terapia parecida.

## **2. RESPECTO DE LA RELACIÓN DE PAREJA:**

### **2.1 Identificación de la persona que toma las decisiones en la familia.**

Se refiere a conocer quién tiene mayor poder y asume la tarea de tomar las decisiones en la familia.

2.1.1 El hombre.

2.1.2 La mujer.

2.1.3 Hay igualdad de poder.

2.1.4 No tienen poder.

## **2.2 Aspectos en los cuales se toman las decisiones.**

Se refiere a las áreas en las que, la persona que toma las decisiones, lleva a cabo su rol.

2.2.1 Vacaciones.

2.2.2 Educación de los hijos.

2.2.3 Finanzas.

2.2.4 Permisos a los hijos.

2.2.5 Reuniones con amigos.

## **2.3 Actividades domésticas realizadas en el hogar.**

Se refiere a la distribución de las tareas domésticas realizadas por los hombres en sus hogares.

2.3.1 Actividades domésticas dentro del hogar, antes de asistir al Centro de Salud Mental.

2.3.1.1 El hombre colabora con las tareas domésticas en la casa.

2.3.1.2 El hombre no colabora con las tareas domésticas en la casa.

2.3.2 Actividades domésticas fuera del hogar, antes de asistir al Centro de Salud Mental.

2.3.2.1 El hombre colabora con las tareas domésticas fuera de la casa.

2.3.2.2 El hombre no colabora con las tareas domésticas fuera de la casa.

2.3.3 Actividades domésticas dentro del hogar, después de asistir al Centro de Salud Mental.

2.3.3.1 El hombre colabora con las tareas domésticas en la casa.

2.3.3.2 El hombre no colabora con las tareas domésticas en la casa.

2.3.4 Actividades domésticas fuera del hogar, después de asistir al Centro de Salud Mental.

2.3.4.1 El hombre colabora con las tareas domésticas fuera de la casa.

2.3.4.2 El hombre no colabora con las tareas domésticas fuera de la casa.

## **2.4 Actividades realizadas en pareja.**

Se refiere a las tareas que realizan los participantes en conjunto con sus parejas.

2.4.1 Los hombres realizan actividades en conjunto con sus parejas.

2.4.2 Los hombres no realizan actividades en conjunto con sus parejas.

## **2.5 Opinión del rol de género.**

Se refiere al concepto que los participantes tienen respecto a los roles masculino y femenino.

2.5.1 Rol masculino.

2.5.2 Rol femenino.

## **2.6 Establecimiento de normas y reglas en el hogar.**

Se refiere a la identificación de quién establece las normativas en el hogar.

2.6.1 El hombre.

2.6.2 La mujer.

2.6.3 En conjunto.

## **2.7 Relación con los hijos.**

Se refiere a quién asume el rol parental con los hijos.

2.7.1 Educación de los hijos.

2.7.1.1 El hombre.

2.7.1.2 La mujer.

2.7.1.3 En conjunto.

2.7.2 Permiso a los hijos.

2.7.2.1 El hombre.

2.7.2.2 La mujer.

2.7.2.3 En conjunto.

## **2.8 Administración del dinero en la familia.**

Se refiere a la identificación de quién lleva el control administrativo de los dineros del hogar.

2.8.1 El hombre.

2.8.2 La mujer.

2.8.3 En conjunto.

## **2.9 Imposición de la pareja para realizar actos en contra de la voluntad del otro.**

Se refiere a aquellas situaciones en que algún miembro de la pareja ha presionado al otro para realizar acciones que no desean llevar a efecto.

2.9.1 El hombre ha presionado.

2.9.1.1 Sí.

2.9.1.2 No.

2.9.2 La mujer ha presionado

2.9.2.1 Sí.

2.9.2.2 No.

## **2.10 Opinión respecto a su relación de pareja actual.**

Se refiere al concepto y a los sentimientos que los participantes tienen de sus relaciones de pareja actuales en comparación a cómo se daba esta relación antes de asistir al Centro de Salud Mental.

2.10.1 Antes de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

2.10.1.1 Mala concepción de la relación con la pareja.

2.10.1.2 Buena concepción de la relación con la pareja.

2.10.1.3 Indiferencia respecto a la relación de pareja.

2.10.2 Después de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

2.10.2.1 Mala concepción de la relación con la pareja.

2.10.2.2 Buena concepción de la relación con la pareja.

2.10.2.3 Indiferencia respecto a la relación de pareja.

### **3. RESPECTO DE LA COMUNICACION EN LA PAREJA:**

#### **3.1 Percepción acerca de la capacidad para expresar lo que piensa.**

Se refiere a las destrezas de los participantes para expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones de manera libre.

3.1.1 Pensamientos.

3.1.1.1 Sí.

3.1.1.2 No.

3.1.2 Sentimientos y emociones.

3.1.2.1 Sí.

3.1.2.2 No.

#### **3.2 Personas a las que expresa sus sentimientos y emociones.**

Se refiere a la identificación de las personas con las cuales, los participantes, pueden expresar sus sentimientos y emociones.

3.2.1 A la pareja.

3.2.2 A los amigos.

3.2.3 A los compañeros de trabajo.

3.2.4 Al grupo terapéutico.

#### **3.3 Capacidad de la pareja para expresar sus sentimientos y emociones.**

Se refiere a las destrezas y confianza de la pareja para expresar libremente sus sentimientos y emociones a los participantes al grupo.

3.3.1 Existe la posibilidad de expresarse.

3.3.2 No existe la posibilidad de expresarse.

## **4. CONDUCTA VIOLENTA:**

### **4.1 Tipos de violencia ejercida.**

Se refiere a los tipos de violencia intrafamiliar ejercida por los participantes a sus parejas.

4.1.1 Antes de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

4.1.1.1 Psicológica.

4.1.1.2 Física.

4.1.1.3 Sexual.

4.1.1.4 Económica.

4.1.2 Después de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

4.1.2.1 Psicológica.

4.1.2.2 Física.

## **5. RESPECTO DE LA RESOLUCION DE LOS CONFLICTOS EN LA PAREJA:**

### **5.1 Causas por las que llega a agredir a la pareja.**

Se refiere a la identificación de los motivos que llevan a las peleas conyugales y a la violencia intrafamiliar.

5.1.1 Antes de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

5.1.1.1 Motivos económicos.

5.1.1.2 Problemas con los hijos.

5.1.1.3 Celos.

5.1.1.4 Negación de relaciones sexuales.

5.1.2 Después de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

5.1.2.1 Motivos económicos.

5.1.2.2 Problemas con los hijos.

## **5.2 Modalidad de resolución de conflictos.**

Se refiere a la identificación de las diferentes formas existentes con las que se resuelven los conflictos con las parejas.

5.2.1 Antes de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

5.2.1.1 Gritos y descalificaciones.

5.2.1.2 Golpes.

5.2.1.3 Presión económica.

5.2.1.4 Relaciones sexuales forzadas.

5.2.1.5 Chantajes emocionales.

5.2.2 Después de asistir a las terapias de grupo en el Centro de Salud Mental.

5.2.2.1 Conversando.

5.2.2.2 Discutiendo.