



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO**

**CARACTERIZACIÓN DE LOS USUARIOS DERIVADOS DESDE TRIBUNALES DE  
GARANTÍA A UNIDADES DE SALUD, QUE ASISTEN O ASISTIERON A  
PROGRAMAS TERAPÉUTICOS POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR (VIF) EN LA  
CIUDAD DE VALPARAÍSO, CHILE.**

**ANDREA CAMPUSANO ROMERO, BÁRBARA GONZÁLEZ NÚÑEZ, GABRIELA  
HORMAZÁBAL CÁCERES, MARÍA IGNACIA MUJICA LINDERMAN**

**PROFESOR GUÍA: CARLOS CLAVIJO LÓPEZ**

**TESIS PRESENTADA A LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE  
VALPARAÍSO, COMO REQUISITO PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE  
PSICÓLOGO/A Y AL GRADO DE LICENCIADO/A EN PSICOLOGÍA**

**VALPARAÍSO, ENERO DE 2018**

## Índice de contenidos

I. Problematicación y objetivos de la investigación	6
1.1. Objetivos	11
II. Tipos de violencia intrafamiliar y las respuestas al problema: una revisión de la literatura	13
2.1. Violencia contra la mujer	13
2.1.1. Consecuencias de la violencia contra la mujer.	15
2.1.2. Factores de riesgo asociados a violencia contra la mujer.	15
2.1.3. Acuerdos y normas en respuesta a la violencia contra la mujer.	16
2.1.4. Medidas judiciales.	17
2.1.4.1. <i>Internacionales.</i>	17
2.1.4.2. <i>Nacionales.</i>	18
2.1.5. Medidas intersectoriales.	19
2.1.6. Medidas sanitarias.	21
2.2. Maltrato Infantil	21
2.2.1. Magnitud del problema	22
2.2.2. Consecuencias del Maltrato Infantil.	22
2.2.3. Factores de riesgo asociados.	23
2.2.4. Acuerdos y normas en contra del maltrato infantil.	25
2.2.5. Medidas judiciales en Chile.	26
2.2.6. Medidas sanitarias en Chile.	27
2.3. Violencia contra Adultos Mayores	28
2.3.1. Magnitud del problema.	29
2.3.2. Consecuencias en la salud.	29
2.3.3. Factores de riesgo asociados a violencia contra adultos mayores.	29
2.3.3.1. <i>Factores de riesgo en el ámbito institucional.</i>	30
2.3.4. Acciones en contra de la violencia contra adultos mayores.	31
2.3.4.1. <i>A nivel internacional.</i>	31
2.3.4.2. <i>A nivel nacional.</i>	31
2.4. Otros tipos de VIF	32
2.4.1. Violencia filio-parental.	32
2.4.1.1. <i>Magnitud de la VFP.</i>	33
2.4.1.2. <i>Consecuencias de la VFP en progenitores.</i>	33
2.4.1.3. <i>Factores de riesgo asociados a VFP.</i>	34
2.4.2. Violencia en parejas homosexuales.	34
2.4.2.1. <i>Magnitud del problema.</i>	35

2.4.3.    Violencia contra el hombre.	36
2.5.    Factores psicopatológicos en VIF	37
2.6.    Relevancia de este estudio	41
III.    Método	43
3.1.    Lugar de estudio	43
3.2.    Pregunta de investigación	43
3.3.    Aspectos éticos	45
3.4.    Muestra	46
3.4.1.    Criterios de inclusión.	47
3.5.    Estrategia de Recolección de datos	47
3.6.    Análisis de datos	48
IV.    Resultados	49
4.1.    Descripción de los resultados	49
4.1.1.    Asociación entre variables.	54
4.2.    Problemas de implementación de la investigación	61
V.    Discusión	62
5.1.    Observaciones durante proceso de investigación	64
5.2.    Problematización del motivo de derivación	65
5.3.    Interrogantes que emergen desde el ámbito judicial	66
5.4.    Problematización: inexistencia de lineamientos ministeriales en respuesta sanitaria	66
VI.    Conclusión	68
6.1.    Alcance de la investigación	68
6.2.    Proyección de la investigación	69
6.3.    Críticas y sugerencias a los sistemas de salud	70
VII.    Referencias bibliográficas	71

## Índice Cuadro resumen

Cuadro resumen 1	16
------------------	----

## Índice Tablas

Tabla 1	49
Tabla 2	50
Tabla 3	50
Tabla 4	51
Tabla 5	52
Tabla 6	53
Tabla 7	54
Tabla 8	55
Tabla 9	56
Tabla 10	57
Tabla 11	58
Tabla 12	59
Tabla 13	60

## Resumen

La Violencia Intrafamiliar (VIF) es un grave problema de salud pública y una importante vulneración a los Derechos Humanos. Afecta significativamente la calidad de vida de las personas, así como su salud física y mental. Es más, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alcanzado niveles de pandemia, por lo cual está presente en todos los países del mundo.

La presente investigación tiene como objetivo describir las características de los usuarios que fueron derivados desde tribunales de garantía a unidades de salud, que asisten o asistieron al programa terapéutico de VIF del Hospital Del Salvador de Valparaíso.

Para ello se realizó una investigación cuantitativa, utilizando un diseño no experimental, exploratorio, descriptivo, de corte transversal y carácter retrospectivo. Se revisaron 262 fichas clínicas de personas mayores de edad pertenecientes a la región de Valparaíso, que fueron derivadas como resultado de una sentencia o suspensión condicional del procedimiento.

Las variables que se consideraron en este estudio son: sexo, edad, tipo de violencia, a quien va dirigida, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y diagnóstico psicopatológico.

De este estudio se desprende que la muestra, en su mayoría es masculina, constituyendo un 76% del total. La muestra femenina, por su parte, conforma el 24% del total. El promedio de edad es de 38, 28 años, lo cual corresponde al rango etario de adultez temprana. La violencia mayormente ejercida es la de tipo física, siendo la pareja mujer el principal foco de esta misma. Por último, cabe destacar que el diagnóstico que se encontró con mayor frecuencia es el de disfunción familiar/pareja.

**Palabras claves:** Violencia Intrafamiliar, pandemia, calidad de vida, características.

## **I. Problematización y objetivos de la investigación**

Hablar de violencia es hablar de un uso intencional de la fuerza física, amenazas dirigidas a uno mismo, otra persona, grupo o comunidad, lo cual puede generar traumatismos, daños psicológicos, problemas de desarrollo o incluso la muerte (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017). Hoy en día, la violencia como fenómeno social sigue siendo una temática frecuente que afecta no solo a nuestro país, sino que también a todos los países del mundo, constituyendo un problema de salud pública que incluso ha aumentado a niveles de pandemia (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2004). Es especialmente dramático cuando esta se produce al interior de nuestro hogar y/o es ejercida por algún familiar, lo cual tiene graves consecuencias para las víctimas, tanto para su calidad de vida como para su salud física y mental (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2017). Al respecto, se define como Violencia Intrafamiliar (VIF) cualquier forma de abuso que ocurre en las relaciones entre los miembros de una familia. Ello incluye toda conducta que, por acción u omisión, daña física o psicológicamente a otro miembro de la familia. Tales expresiones de violencia pueden ser: el maltrato infantil, la violencia en la pareja (en contra de la mujer, del hombre o cruzada) y el maltrato de los ancianos (Ministerio de Salud [MINSAL], 1997), lo cual representa una grave vulneración de los Derechos Humanos (UNICEF, 2007).

A nivel internacional la OMS (2017) estima que una cuarta parte de todos los adultos ha manifestado haber sufrido maltratos físicos durante la infancia. Por otra parte, una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por un tercero en algún momento de su vida. Junto a ello, se calcula que una de cada diez personas mayores ha sido maltratada en el último mes, cifra que puede ser mayor en ancianos residentes en instituciones que en los que están en comunidad.

Dada la magnitud de este problema los Estados tendrían la obligación de adoptar medidas oportunas para enfrentarlo (OMS, 2013). En relación con lo anterior, se podrían realizar

considerables avances si los gobiernos cumplieran los tratados sobre derechos humanos y otros acuerdos internacionales que ya se han ratificado, adoptando medidas para adaptar su legislación a estos compromisos e introducir los cambios necesarios en las legislaciones, políticas y programas nacionales (OMS, 2017).

Relacionado con el párrafo anterior, en Chile en 1991, se ratifica “La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer”, lo que trae consigo la promulgación de la Ley No. 19.023 durante el mismo año. A partir de esta ley se crea el Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM], dando paso a la creación de una serie de planes y programas a través de la implementación de políticas públicas que buscan fortalecer las autonomías y derechos de las mujeres, y promover la equidad de género (SERNAMEG, 2017). En función de lo anterior, se creó el programa Violencia contra las Mujeres, el cual incorpora el programa Hombres Por una Vida sin Violencia (HEVPA) como un subprograma del mismo, el cual constituye una importante medida intersectorial. Este busca disminuir los niveles de violencia contra las mujeres y favorecer su seguridad y protección (SERNAMEG, 2017). Además, se caracteriza por un enfoque psicoeducativo que utiliza como referente teórico el modelo de Duluth , entendiendo la violencia como un conjunto de comportamientos con intención, con los que se quiere lograr o conseguir algo (SERNAM, 2012), situando el problema de la violencia de género en un contexto de relaciones de poder y control de los hombres hacia las mujeres (SERNAM, 2011), donde la mujer es vista como más débil o inferior, lo que se reproduce bajo un sistema de creencias patriarcales (SERNAM, 2012). El modelo de Duluth, que se ha convertido en un referente a nivel internacional en este tipo de intervenciones, es ampliamente conocido como “modelo de talla única” ya que en sus intervenciones utilizan el mismo enfoque psicoeducativo para toda la población de maltratadores (Ponce, 2011). Se desarrolla a partir de una metodología que se sustenta principalmente en la creación de grupos educativos, enfocada en tres ejes: responsabilización, enfoque de género y la motivación al

cambio (SERNAM, 2011). Sin embargo, es importante considerar que bajo este enfoque la intervención no es concebida como terapia, sino como un proceso educativo (Ponce, 2011), desarrollándose una misma intervención para quienes participan en aquel programa. Esto ha sido ampliamente criticado por sus pobres resultados (Babcock, Green y Robie, 2004), ya que no considera las características individuales de cada usuario en el diseño de las intervenciones (Eckhardt et al., 2013), las que han demostrado ser claves para un abordaje eficaz de la problemática (Capaldi, Knoble, Wu Shortt y Kim, 2012).

Si bien los centros de atención HEVPA constituyen una importante respuesta a la problemática de la VIF al trabajar con los perpetradores de violencia, en él no se consideran las características individuales de las personas que ingresan. La falta de consideración de estas características individuales, como las psicopatológicas y sociodemográficas de los usuarios, queda reflejada en los criterios de exclusión que este programa considera. Por ejemplo, al programa no ingresan hombres evaluados como psicópatas, ni tampoco aquellos diagnosticados con trastorno de personalidad antisocial grave o crónico y trastorno de personalidad límite. Junto a ello, también quedan excluidos aquellos que presentan ideación suicida al momento de la evaluación y aquellos que poseen antecedentes, acusaciones o sospechas de agresiones sexuales a niños o niñas, antecedentes de abuso sexual, violación, homicidio, femicidio, parricidio, robo con intimidación y robo con amenazas (SERNAM, 2014). Estos criterios de exclusión resultan problemáticos puesto que la evidencia demuestra que un aspecto clave en la perpetración de violencia intrafamiliar son los altos niveles de ira y el poco control de ésta, junto con una alta comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, existiendo, por otra parte, poca evidencia en cuanto a que las creencias patriarcales son el factor causal de la violencia (Dutton y Corvo, 2006). Lo anterior concuerda con lo planteado por Babcock, Green y Robie (2004) quienes refieren que las intervenciones basadas en el modelo de talla única no son del todo efectivas.



Junto a la medida intersectorial mencionada anteriormente, en el ámbito judicial también se tomaron algunas normativas que guíen el abordaje de este problema. Al respecto, en Chile se promulgó, en el año 1994, la primera Ley de Violencia Intrafamiliar No. 19.325, la cual contempló intervenciones psicosociales para los agresores/as, incorporando de este modo, un claro enfoque terapéutico. Este último cambió con la ley No. 20.066 promulgada en el año 2005, la cual introduce la figura de delito de maltrato habitual y da paso a la adopción de respuestas más represivas para enfrentar esta problemática (Casas y Vargas, 2011). No obstante, mantiene la noción de modificabilidad terapéutica del comportamiento. Cabe destacar que esta ley se encuentra vigente en nuestro país y estipula como medida accesoria a la sanción “la asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar” (Ley No. 20.066, 2005, p.3) para aquellos casos de suspensión condicional del procedimiento (Fiscalía Nacional del Ministerio Público, 2017), lo cual significa que el fiscal, con el acuerdo del imputado, podrá solicitar al Juez de Garantía la suspensión de la investigación y del procedimiento por un tiempo determinado, pudiendo prescindir de la sanción penal. Por tanto, al ser decretado este término, el juez establecerá las condiciones a las que deberá someterse el imputado y dentro de un plazo determinado de tiempo (Defensoría Penal Pública, 2004).

Con la creación de la Ley No.19.325, se dieron los primeros pasos para comenzar a responder a la problemática de la VIF en nuestro país en el ámbito sanitario, ya que incluso antes de su promulgación en 1994, el Ministerio de Salud, por medio de la Unidad de Salud Mental, en el año 1993, comienza a desarrollar diversas acciones para abordar esta problemática, elaborando orientaciones técnicas y planes de acción, como también participando en Comisiones Nacionales Asesoras de Prevención de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil, entre otras (MINSAL, 1997). Estas acciones, si bien contemplan la figura del perpetrador de violencia, privilegian las acciones de protección y reparación de las víctimas, según lo expuesto por la

Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020 (MINSAL, 2011).

Lo anterior demuestra que existe una conexión entre el ámbito judicial y el área de salud, siendo esta última la encargada de proporcionar los tratamientos psicológicos adecuados para perpetradores de VIF en los sistemas de salud por mandato judicial. Sin embargo, hasta la fecha, no existen lineamientos específicos que orienten el trabajo de equipos profesionales o Unidades de Salud que estén a cargo, por lo cual hay un gran vacío en relación con el trabajo en particular que se debe realizar. Esto se torna gravemente problemático debido a la gran magnitud del problema de la VIF y las graves consecuencias que genera, afectando no sólo la salud física y mental de las personas, sino que también vulnera sus derechos y dignidad. Ello también tiene efectos sobre el sistema sanitario, ya que los casos no son abordados con lineamientos adecuados que guíen el proceso de intervención. Actualmente, si bien existe una Comisión Ministerial en Salud y Violencia de Género que tiene como meta reforzar la comunicación interinstitucional del sector salud en relación a la violencia, hasta la fecha no ha sido incluida la temática de atención a quienes ejercen la violencia, lo que implica que una vez que son derivados desde tribunales a los Servicios de Salud, estas personas no reciban tratamientos adecuados debido a que solo el nivel secundario de salud se haría cargo de esta situación. Esta información fue enviada por el Subsecretario de Salud Pública Cristian Herrera (comunicación personal, 15 de noviembre, 2017).

En relación con esto, es preocupante mencionar que no se observan reportes sobre las características individuales de estos usuarios en la literatura en el área de salud, pese a que se ha establecido que éstas constituyen un factor que condiciona los resultados de la terapia de perpetradores de VIF (Santibáñez et al., 2008), incluyendo aspectos psicopatológicos que se encuentran relacionados a la VIF un ejemplo de estos, son los Trastornos de personalidad (Esbec y Echeburúa, 2010). Al respecto, el MINSAL (1997) enfatiza que la violencia que ocurre en la

familia está ubicada en un contexto, es decir, no acontece en los individuos de forma independiente a su sistema social, cultural, sistema de creencias, valores, recursos económicos y personales (MINSAL, 1997). Por su parte, Fernández, Riera y Salas (1998) refieren que las familias en las que existe violencia se caracterizan por presentar una mayor tendencia a la no integración social y laboral, predominando además conflictos en la comunicación, agresión, crisis económicas y menor nivel educacional. Por estas razones, es relevante conocer en qué contexto viven y cuáles son las características psicosociales y también psicopatológicas de los usuarios que han ejercido VIF, quienes asisten a programas de intervención en las Unidades de Salud por esta causa.

Por tanto, en base a las inquietudes y problematizaciones anteriormente mencionadas, fue que emergió la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué características tienen los usuarios derivados desde Tribunales de Garantía a Unidades de Salud, que asisten o asistieron a programas terapéuticos por Violencia Intrafamiliar (VIF) en la ciudad de Valparaíso, Chile? Ante esta interrogante nos planteamos los siguientes objetivos:

### **1.1. Objetivos:**

- **Objetivo general:**

Caracterizar a los usuarios derivados desde Tribunales de Garantía a Unidades de Salud, que asisten o asistieron a programas de intervención por VIF.

- **Objetivos específicos:**

1. Categorizar el motivo de derivación de los usuarios que ingresan a los programas de intervención por VIF.
2. Recoger y categorizar diagnósticos clínicos de los usuarios que ingresan a los programas de intervención por VIF.

3. Identificar, recoger y categorizar aspectos sociodemográficos de los usuarios que ingresan a los programas de intervención por VIF.
4. Recoger y categorizar los tipos de violencia que ejercen y a quién o quiénes va dirigida.
5. Identificar si existe relación entre los diagnósticos clínicos, aspectos sociodemográficos y tipo de VIF ejercida por los usuarios.

## **II. Tipos de violencia intrafamiliar y las respuestas al problema: una revisión de la literatura**

En este apartado, se realiza una revisión exhaustiva respecto a los distintos tipos de VIF, incluyendo la violencia contra la mujer, maltrato infantil, violencia contra adultos mayores, violencia filio-parental, violencia en parejas homosexuales y violencia contra al hombre. Se exponen las características y efectos de cada una de estas formas de violencia, se revisa la magnitud del problema y se exploran sus factores de riesgo, abarcando además las medidas tomadas a nivel nacional e internacional, así como las acciones en las áreas social, jurídica, intersectorial y en el ámbito de la salud a nivel nacional

Es preciso señalar que al investigar respecto a la VIF es posible observar que se utiliza este concepto para dar cuenta, con mayor frecuencia, de la violencia dirigida hacia las mujeres, hacia niños y, en menor medida hacia adultos mayores. Es por esto, que se abordan en esta sección cada uno de estos tipos de VIF por separado, con el objetivo de revisar lo que se sabe de ellos, qué medidas se han tomado al respecto a nivel internacional y nacional, y también cuáles son los factores de riesgo identificados por la investigación en el área. Es importante mencionar que hay otros tipos de violencia en el ámbito familiar que están sub-representadas en la literatura, tales como la violencia filio-parental, la violencia en parejas homosexuales y la violencia de mujeres dirigida a hombres, entre otras, por lo cual es fundamental mencionarlas y explicar en qué consiste cada una de ellas.

### **2.1. Violencia contra la Mujer**

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada (OMS, 2016).

La violencia contra la mujer actualmente constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, y se hace visible en todo el mundo donde al menos 1 de cada 3 mujeres ha sufrido algún tipo de violencia física o sexual (ONU Mujeres, 2015). Según la OMS (2016), un 30% de las mujeres que han tenido pareja refieren haber sufrido violencia física o sexual por parte de esta. El carácter global que tiene la violencia contra la mujer, la hace ser considerada por la OMS como una pandemia (ONU Mujeres, 2015).

Según la Organización Panamericana de la Salud (2003) el tipo más frecuente de violencia que sufre la mujer es de parte de su pareja o compañero sentimental. Esta es definida como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación, incluyendo, agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas y diversos comportamientos dominantes (OPS, 2003).

Este tipo de violencia va más allá de las relaciones heterosexuales. En un estudio de la Unión Europea, el 23% de las mujeres que se identifican como lesbianas, bisexuales u otras orientaciones sexuales no heterosexual, indicó haber sufrido violencia física y/o sexual por parte de agresores de ambos sexos (ONU Mujeres, 2016).

En cuanto a la realidad nacional y según la última Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y delitos sexuales (2012), publicada en julio del 2013, un 31,9% de las mujeres entre 15 y 65 años, declara haber sufrido alguna forma de violencia por algún familiar, pareja o ex pareja, alguna vez en su vida. El 74% de ellas indica que la recibió de parte de su pareja o ex pareja. Por su parte, de las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual por su cónyuge, pareja o desconocidos, un 88% no realiza la denuncia por vergüenza a contar la situación, y del 12% que sí denunció, el 67% de ellas desistió (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013).

### **2.1.1. Consecuencias de la violencia contra la mujer.**

Las consecuencias de la violencia dirigida contra la mujer, según lo revisado en la literatura, se puede clasificar en dos áreas, a nivel físico y de salud mental.

Algunas consecuencias a nivel de salud física son: lesiones físicas, embarazo no deseado, aborto espontáneo, cefaleas, afecciones ginecológicas (inflamación pélvica, dolor pélvico crónico), ETS, abuso de droga y alcohol, síndrome de colon irritable, tabaquismo y discapacidad permanente o parcial (MINSAL, 1997).

A nivel de salud mental, algunas de las consecuencias en la mujer que ha sufrido violencia son: depresión, Desorden de Estrés Post-Traumático, ansiedad, disfunciones sexuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la personalidad, trastornos psicósomáticos e intento de suicidio. Por último, algunas de las más importantes consecuencias de la violencia contra la mujer incluyen resultados fatales tales como: suicidio y femicidios (MINSAL, 1997).

### **2.1.2. Factores de riesgo asociados a violencia contra la mujer.**

Otra preocupación dentro del abordaje de la violencia contra la pareja en el ámbito de la salud pública, es identificar y conocer los factores de riesgo involucrados en esta problemática. Ello podría permitir mejorar tanto la prevención como la detección temprana (en conjunto con las consecuencias) de situaciones de violencia.

Según la OMS (2016) algunos de los factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian a la comisión de actos de violencia, otros a su padecimiento, y otros a ambos. Entre los factores de riesgo tanto para violencia de pareja y violencia sexual se encuentran los siguientes:

## Cuadro resumen 1

### *Factores de riesgo asociados a la violencia intrafamiliar*

<b>Víctimas</b>	<b>Perpetradores</b>	<b>Perpetradores y Víctimas (Violencia de pareja)</b>
Exposición a maltrato infantil	Exposición a maltrato infantil	Antecedentes de violencia
Experiencia de violencia familiar	Experiencia de violencia familiar	Discordia e insatisfacción marital
Uso nocivo de alcohol	Trastorno de personalidad antisocial	Dificultades de comunicación entre los miembros de la pareja
Actitudes y aceptación de la violencia	Uso nocivo de alcohol	<i>En cuanto a violencia sexual:</i>
Desigualdad de la mujer con respecto al hombre	Infidelidad o sospecha de esta	Creencia en el honor de la familia y la pureza sexual
Uso normativo de la violencia para resolver los conflictos	Aceptación de la violencia	Ideologías que consagran los privilegios sexuales del hombre
<i>En cuanto a violencia sexual:</i> Bajo nivel de instrucción	Desigualdad de la mujer con respecto al hombre	Levedad de las sanciones legales contra los actos de violencia sexual
	Uso normativo de la violencia para resolver los conflictos	
	<i>En cuanto a violencia sexual:</i> Bajo nivel de instrucción	

*Nota:* Los datos anteriormente mencionados fueron obtenidos de la Organización Mundial de la Salud (2016).

### **2.1.3. Acuerdos y normas en respuesta a la violencia contra la mujer.**

Desde hace algunos años a nivel mundial se han desarrollado una serie de normas y acuerdos internacionales que tienen como objetivo la erradicación de la violencia contra las mujeres. La primera y más significativa es “La Convención sobre la eliminación de todas las



formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW) realizada en 1979, en la cual se incluyen recomendaciones detalladas sobre el accionar que deben implementar los estados.

Posteriormente, en 1993, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoció la violencia contra las mujeres como una violación de Derechos Humanos, lo cual fue una antesala a la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer del mismo año. Esta última constituye el primer instrumento internacional que abordó de forma explícita este tipo de violencia, permitiendo la creación de nuevos espacios de acción. En este sentido, la violencia contra las mujeres fue considerada como una de las 12 áreas de acción prioritarias por la Plataforma de Acción de Beijing en 1995. Ya en el año 2011, se creó el Convenio del Consejo de Europa para prevenir y combatir la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, el cual puede ser firmado y ratificado por cualquier Estado. Al año siguiente, la Asamblea General de las Naciones dentro de sus resoluciones bianuales, incrementó la intensificación de esfuerzos para eliminar la violencia contra las mujeres y la trata de mujeres y niñas. Ese mismo año el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas dentro de sus resoluciones anuales más recientes, adoptó medidas con el fin de acelerar los esfuerzos para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer. Por último, en el año 2013, durante la 57<sup>a</sup> Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW), los Estados miembros adoptaron por consenso Conclusiones Convenidas sobre la prevención y eliminación de todas las Formas de Violencia contra las Mujeres (ONU Mujeres, 2016).

#### **2.1.4. Medidas judiciales.**

##### ***2.1.4.1. Internacionales.***

Dentro de las medidas más concretas en el ámbito judicial a nivel internacional, al menos 119 países han aprobado leyes sobre violencia doméstica, 125 tienen leyes sobre el acoso sexual y 52 tienen leyes sobre la violación conyugal. Sin embargo, cabe destacar que, aunque se cuente

con una ley, ello no garantiza que ésta siempre se respete o se logren implementar los estándares y las recomendaciones internacionales (ONU Mujeres, 2016).

#### ***2.1.4.2. Nacionales.***

En relación con nuestro país es importante conocer cómo se ha gestado el cambio en cuanto a políticas públicas y cómo se ha evidenciado la complejidad y densidad del problema de la violencia doméstica o violencia contra la mujer. Este proceso, según las investigadoras Araujo, Guzmán y Mauro (2000) surge, en nuestro país, mediante tres fases. La primera consiste en cómo se habilitan espacios para que las personas que han sido víctimas de violencia política puedan reunirse a conversar sobre el haber experimentado violencia. La segunda fase consiste en la problematización de la violencia doméstica, que se construye junto a los sujetos sociales que participan y movilizan esta temática, sumado a las organizaciones que la apoyan. De esta forma la problematización adquiere fuerza social. La tercera fase consiste en cómo el problema de la violencia doméstica se integra con fuerza al debate público, logrando institucionalizarse, ya que se involucran diversos actores políticos e institucionales. Bajo aquella influencia ocurren cambios en la comprensión de la violencia doméstica, surgiendo nuevas oportunidades políticas que facilitaron la ampliación de estrategias para enfrentar el problema.

En consecuencia con lo anteriormente mencionado, en Chile para combatir la violencia contra la mujer, encontramos en primera instancia en 1991, la ratificación de “La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW), lo que trajo consigo la creación y promulgación de la ley N°19.023, la cual buscó promover la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres mediante la figura del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM, 2017).

En el año 1994 se creó la ley N°19.325 sobre violencia intrafamiliar, la cual establece normas sobre procedimientos y sanciones en relación con la VIF (Ley N°19.325, 1994). Seguido de esto en el año 2004, se promulgó la ley N°19.968, la que establece que: corresponderá a los

juzgados de familia conocer y resolver los actos de violencia intrafamiliar (Ley N°19.968, 2004). Y en el año 2005 se promulga la ley N°20.066 contra la violencia intrafamiliar, la cual reemplaza la ley promulgada en 1994, donde esta última era considerada como conciliadora al momento de resolución de conflictos, a diferencia de la actual ley que es considerada como más punitiva. Esta ley tiene por objeto prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas de la misma. Otra diferencia relevante con la ley anterior es que se integran medidas accesorias adicionales a la sentencia, siendo un ejemplo de estas la asistencia obligatoria a programas terapéuticos o de orientación familiar cuando se origina una suspensión condicional del procedimiento (Ley N°20.066, 2005), a diferencia de la Ley anterior donde la asistencia a programas terapéuticos era considerada una sanción. Luego en el año 2010, la ley N°20.480 modifica el Código Penal y la ley N°20.066 sobre violencia intrafamiliar estableciendo el femicidio y aumentando las penas aplicables a este delito y reforma las normas sobre parricidio (Ley N°20.480, 2010). Por último, en el año 2015 se establece la creación del Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género a través de la Ley N°20.820 (Ley N°20.820, 2015).

#### **2.1.5. Medidas intersectoriales.**

Debido a las diferentes organizaciones creadas y también a las leyes promulgadas, instituciones como el SERNAM se han hecho cargo de enfrentar el problema de la VIF en nuestro país desde el regreso a la democracia a principios de los años noventa. En el año 2010 se creó el Programa Chile Acoge, que incorpora como ámbitos de acción la atención y protección de las víctimas de VIF, la reeducación de hombres que ejercen violencia, la prevención de la violencia en todas sus formas, la capacitación de actores claves y también la coordinación intersectorial para un adecuado abordaje de este gran problema (SERNAM, 2012).

En cuanto a las acciones que se han tomado específicamente con perpetradores de violencia, en el año 2011 SERNAM implementó el Programa Hombres por una vida sin

violencia (HEVPA), el cual incorpora un modelo de reeducación de hombres que ejercen violencia contra sus parejas o ex parejas, permitiendo que reciban una atención especializada. Esta atención está destinada a hombres mayores de 18 años, los cuales llegan por voluntad propia a los Centros de Hombres o derivados desde el sistema judicial. Actualmente existen 15 centros para HEVPA (Hombres que ejercen violencia de pareja) en nuestro país, cada uno con cobertura regional (SERNAM, 2017). No obstante su número, cada centro de atención HEVPA atiende alrededor de 65 hombres al año, una cifra que es menor en consideración de la gran magnitud que tiene la violencia contra la mujer. En relación a lo anterior, Barría y Macchiavello (2012) realizaron un estudio con hombres que asisten a los centros HEVPA con la finalidad de explorar un perfil psico-socio-demográfico de los hombres que ejercen violencia hacia su pareja. En los resultados del mismo es posible observar que la edad promedio de los hombres es de 39 años, de los cuales un gran porcentaje continúa viviendo con su pareja mujer, a pesar del riesgo que ello implica. Junto a esto, se piensa que un factor determinante es la educación informal, por lo cual estas personas pudieron haber estado expuestas a comportamientos violentos y a abusos durante su desarrollo. Cabe destacar que hay tasas elevadas de violencia física en la familia, lo cual contribuye a legitimarla como una forma de corregir y disciplinar a los niños. Por último, se encontró que existe relación entre la violencia y algunos problemas de salud mental, como Depresión (bipolar, sobre todo) e intentos de suicidio. Si bien esta investigación propone un perfil preliminar de los usuarios, es importante tener en cuenta que en el sector salud no existen este tipo de estudios, a pesar de que son cruciales para conocer a los usuarios con los cuales se trabaja y, de esta manera, focalizar los planes terapéuticos en función de sus características y necesidades.

### **2.1.6. Medidas sanitarias.**

En el ámbito sanitario, es importante mencionar que las intervenciones que se realizan con perpetradores, incorporadas en programas terapéuticos y/o de orientación familiar, se llevan a cabo debido al mandato judicial estipulado en la ley N°20.066, donde las instituciones que desarrollan estos programas tienen que dar cuenta al tribunal respectivo del tratamiento que el agresor debe seguir (Ley No. 20.066, 2005). Al respecto, una acción concreta realizada por el Ministerio de Salud fue la creación del Manual de Apoyo Técnico Para las Acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar, en el cual se establecen lineamientos de prevención y detección en cuanto a la violencia de pareja, violencia en menores y hacia el adulto mayor (MINSAL, 1997).

En este manual se destacan las consecuencias que trae consigo la violencia hacia la mujer como una de las principales preocupaciones al momento de abordar esta problemática. Sin embargo, este manual no entrega información respecto de los tratamientos realizados con perpetradores de violencia.

## **2.2. Maltrato Infantil**

Otra manifestación común de la VIF es el Maltrato Infantil, el cual ha sido descrito como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o, incluso, poner en peligro la supervivencia del menor, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. También se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil, la exposición a la violencia de pareja (OMS, 2016).

Este tipo de violencia puede darse en diferentes contextos, por lo cual no sólo padres o cuidadores pueden ser los únicos responsables, sino que también otros miembros de la familia,

amigos, conocidos, desconocidos, personas investidas de autoridad (maestros, militares, funcionarios de policía y sacerdotes), empleadores, profesionales sanitarios y otros niños, pueden llegar a transformarse en perpetradores de Maltrato infantil (OMS, 2009).

### **2.2.1. Magnitud del problema.**

En relación con la magnitud que ha alcanzado este problema, a partir de estudios internacionales, se calcula que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declararon haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. Asimismo, se estima que cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años. Cabe destacar que estas cifras pueden estar subestimando la verdadera magnitud del problema, ya que una importante cantidad de muertes debido al maltrato infantil, han sido atribuidas de manera errónea, a caídas, quemaduras, ahogamientos, entre otras (OMS, 2016).

Lo que se conoce en nuestro país, es que un 71% de niños y niñas sufriría algún tipo de violencia por parte de su padre y/o madre, un 51,5% sufre algún tipo de violencia física, siendo un 25,9% de niños y niñas que sufren violencia física grave (UNICEF, 2012). Ello es complejo y preocupante, y advierte la necesidad de comprender y abordar multidisciplinaria e intersectorialmente esta problemática (MINSAL, 2013).

### **2.2.2. Consecuencias del Maltrato Infantil.**

El Maltrato Infantil se constituye como un “rompimiento en el vínculo de cuidado y protección, y por consiguiente, en el complejo y delicado proceso de desarrollo humano” (López, 2016, p.12). Tiene significativas repercusiones personales y sociales, además de graves consecuencias en la salud física y mental de las víctimas que viven esta situación. Se sabe que este tipo de violencia causa estrés, se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano y puede alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. Los adultos que sufrieron maltrato en la infancia corren mayor riesgo de presentar problemas físicos, mentales y

conductuales, tales como: actos de violencia-ya sea como víctimas o perpetradores-; depresión; consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados y consumo indebido de drogas y/o alcohol (OMS, 2016).

Según Capaldi et al. (2012) estudios longitudinales indican que problemas conductuales o comportamientos antisociales en la adolescencia resultan ser un factor de riesgo sustancial para que hombres y mujeres se involucren en Violencia de Pareja en la adultez y suele ser un mediador para primeros factores de riesgo como padres maltratadores.

Según la UNICEF (2017), los niños y niñas que sufren violencia en alguno de sus tipos tiene una peor relación con sus padres y compañeros de colegio, presentan notas más bajas en el colegio, suelen repetir de curso con mayor frecuencia, suelen ser víctimas de agresiones por parte de otros alumnos y están más propensos a consumir alcohol y drogas. Asimismo, es probable que presenten problemas de aprendizaje y comportamientos agresivos, pudiendo convertirse a futuro en adultos maltratadores/as y violentos/as.

### **2.2.3. Factores de riesgo asociados.**

Para abordar esta problemática desde el ámbito de la salud, es importante conocer cuáles son los factores que influyen en la manifestación de este tipo de violencia y que pueden aumentar el riesgo de que esta se produzca. Lo anterior nos servirá para contextualizar las condiciones en las que se encuentran las familias de los usuarios que han sido denunciados y derivados desde los Tribunales de Garantía por haber ejercido Maltrato Infantil. Asimismo, nos permitirá conocer cuáles y cómo son sus características individuales, y si éstas tienen relación con los factores identificados en la literatura.

Al respecto, la OMS (2016) ha señalado distintos factores de riesgo que están asociados a la presencia de este tipo de maltrato. Cabe destacar que los niños y niñas nunca son culpables de la violencia, por lo cual en ellos se presentan como características y no como factores de riesgo. En este sentido, la edad inferior a cuatro años y la adolescencia, el hecho de no ser hijos

deseados, de no cumplir con las expectativas de los padres y de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anormales, serían características de los menores que se relacionarían con la ocurrencia de esta forma de violencia. En cuanto a los padres y/o cuidadores, hay algunos factores que podrían aumentar la probabilidad de que los malos tratos hacia niños, niñas y adolescentes se generen. Entre ellos podemos encontrar: las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido, el hecho de no cuidar al niño, antecedentes personales de maltrato infantil, la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil, el consumo indebido de alcohol o drogas (en especial durante la gestación), la participación en actividades delictivas y, por último, las dificultades económicas. Junto a ello, también es posible identificar factores relacionales, entre los cuales están: los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyo y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño, niña y/o adolescente. Además de los ya mencionados, hay diversas características que tienen las comunidades y sociedades que pueden aumentar el riesgo del maltrato infantil, entre ellos: las desigualdades sociales y de género; la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones; los niveles elevados de desempleo y pobreza, la disponibilidad fácil del alcohol y las drogas; las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantil; las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo y, por último, las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida, inestabilidad o desigualdades socioeconómicas, son ejemplos de los factores que pueden aumentar la probabilidad de que se produzca violencia dirigida hacia la población infanto-juvenil.



Cabe destacar que, cuando el maltrato ya se produjo y hay presencia de riesgo vital para niños, niñas y/o adolescentes, se deben adoptar medidas de protección y urgencia inmediata, así como la denuncia pertinente a los perpetradores en aquellos casos que revisten características de delito. Al respecto, en caso de maltrato constitutivo de delito, el Fiscal puede solicitar ante el Tribunal de Garantía medidas judiciales de protección específicas, así como medidas cautelares a favor de la protección de las víctimas, entre las que podemos encontrar: citación, detención, prisión preventiva, arraigo nacional y sujeción a alguna institución de control o prohibición de acercamiento a la víctima (MINSAL, 2013).

#### **2.2.4. Acuerdos y normas en contra del maltrato infantil.**

Debido a que estas cifras son alarmantes, desde hace un tiempo ya existe la necesidad de que distintos organismos, tanto nacionales como internacionales, se hagan cargo de esta problemática, reconociendo y protegiendo así los Derechos Humanos de niños y niñas.

Al respecto, el día 20 de noviembre de 1989 fue aprobada la Convención sobre los Derechos de los Niños por las Naciones Unidas, la cual constituye la primera ley internacional sobre los derechos de los niños y niñas. Esta busca promover en el mundo los derechos en la infancia, además de cambiar definitivamente la concepción que se ha tenido acerca de esta convención. Fue ratificada en nuestro país en 1990, por lo cual los gobiernos desde esa fecha se han visto en la obligación de asegurar que todos los niños y niñas se beneficien de medidas especiales de protección y asistencia; que puedan tener acceso a servicios como la educación y la atención de la salud; que puedan desarrollar plenamente su personalidad, habilidades y talentos; que puedan crecer en un ambiente de felicidad, amor y comprensión; y que puedan recibir información sobre la forma en cómo pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa (UNICEF, 2017). Específicamente en el artículo 39 se menciona que los estados partes deberán tomar las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y también la reintegración social de todo niño/a víctima de

maltrato. Esta recuperación y reintegración debe llevarse a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto a sí mismo y la dignidad del niño y la niña (UNICEF, 2006).

La necesidad de proporcionar al niño una protección especial ya había sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del niño y en la Declaración sobre los Derechos del niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre del año 1959. Esto ha sido reconocido, además, en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y también en los estatutos pertinentes de los organismos especializados y organizaciones internacionales interesadas en el bienestar de los menores (UNICEF, 2006).

#### **2.2.5. Medidas judiciales en Chile.**

En nuestro país, desde un enfoque predominantemente jurídico, existe actualmente el Servicio Nacional de Menores [SENAME], organismo gubernamental centralizado que colabora con el sistema judicial y que depende del Ministerio de Justicia. Tiene como misión contribuir a la promoción, protección y restitución de derechos de niños, niñas y adolescentes vulnerados/as. Además, se encarga de la responsabilización y reinserción social de los adolescentes infractores/as de ley, a través de programas ejecutados directamente o por organismos colaboradores del servicio (SENAME, 2017). Este mismo organismo gubernamental ofrece un conjunto de proyectos ejecutados por los distintos Organismos Colaboradores Acreditados de SENAME, entre los cuales se encuentran una serie de programas encargados de proteger los derechos de las niñas, niños y adolescentes, algunos de estos son: Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD), Familias de Acogida de Administración Directa (FAE AADD), Programa de Intervención Especializada (PIE), entre otros.

### **2.2.6. Medidas sanitarias en Chile.**

En cuanto al área de salud, el MINSAL (1997) ha mencionado algunas acciones para abordar el Maltrato infantil. Algunas de estas medidas contempladas son la elaboración de Orientaciones Técnicas de Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar, implementación de equipos de Derechos Humanos, Salud y Violencia en el nivel secundario de los Servicios de Salud, participación en Comisiones Nacionales y Regionales Asesoras de Prevención de Violencia Intrafamiliar y Maltrato Infantil, incorporación de acciones de promoción y prevención en Programas de Salud del niño, definición del maltrato infantil como una de las prioridades programáticas en políticas de salud, entre otras.

Por su parte, en la Guía clínica del MINSAL (2013) se explicita en qué consiste la primera respuesta en situaciones de maltrato con y sin características de delito. En situaciones de maltrato sin características de delito, donde están presentes los factores de riesgo y se identifican factores protectores que posibilitan detener el maltrato y/o donde hay relatos de uno o más eventos de maltrato físico sin la presencia de lesiones visibles, maltrato psicológico o negligencia, se deben realizar acciones como: evaluar riesgo; definir y establecer acciones que faciliten la problematización, el reconocimiento de la situación y la aceptación de la ayuda del equipo de salud por parte de la familia; evaluar medidas de protección; informar a niño/a o adolescente y a la persona adulta responsable respecto de qué medidas se adoptarán; incrementar frecuencia de controles; favorecer la integración del niño/a y su familia a programas de salud que promuevan la reorganización de las pautas relacionales caracterizadas por la violencia, y que proporcionen estrategias de crianza y estilos de vida saludable; referenciar a padres, si corresponde, a programas de salud; derivar al niño/a o adolescente y su familia a programas de prevención comunitaria (PPC), de promoción del buen trato o de carácter preventivo de la violencia (PIB) de SENAME; coordinar con establecimiento educacional acciones de apoyo en el contexto escolar (integración a programas escolares) y seguimiento de las condiciones del

niño, niña o adolescente; entre otras. En cuanto a situaciones con características de delito, algunas acciones correspondientes son las siguientes: evaluar riesgo vital; proporcionar al niño/a o adolescente la atención clínica correspondiente a la situación diagnosticada; registrar el examen clínico efectuado, el cual puede constituir una prueba a ser considerada en el proceso penal; identificar al adulto protector, quien tiene ciertas características que es necesario identificar; informar al niño/a o adolescente y a la persona adulta responsable respecto de las medidas a adoptar; efectuar la denuncia pertinente; incrementar frecuencia de controles; entre otras.

Como es posible observar, ninguna de las medidas sanitarias mencionadas anteriormente tiene relación con respuestas para el tratamiento de perpetradores de maltrato infantil. Luego de revisar documentos que dan cuenta de este tipo de violencia, como por ejemplo, la Guía Clínica para Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores (MINSAL, 2013), es preciso mencionar que las acciones desde el ámbito de salud están orientadas a detener el maltrato, proteger a la víctima y considerar, cuando corresponda, la denuncia a las instancias pertinentes. No se contempla, por tanto, la inclusión de directrices que orienten el trabajo con aquellas personas que ejercieron la violencia, considerando que es una dimensión importante al momento de abordar de forma integral el problema de la VIF, particularmente en situaciones en las que no se denuncia y por lo tanto no se pone a los perpetradores en contacto con la red SENAME.

### **2.3. Violencia contra Adultos Mayores**

El Maltrato de los ancianos, personas o adultos mayores, ha sido definido por la OMS (2017) como un acto, único o repetido, que causa daños o sufrimiento a una persona de edad, o la falta de medidas que sean apropiadas para impedirlo, todo ello producido en una relación basada en la confianza. Este puede manifestarse de diversas maneras, como el maltrato físico,

psíquico, emocional o sexual, incluso el abuso de confianza en aspectos económicos. También incluye el abandono, la negligencia y el menoscabo grave de dignidad y faltas de respeto.

### **2.3.1. Magnitud del problema.**

Se estima que cerca de 1 de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes, cifra que puede estar subestimada puesto que se notifica solo 1 de cada 24 casos, ello debido al miedo que los afectados sienten al tener que informar a familiares, amigos o autoridades. Cabe destacar que en establecimientos institucionales también se cometen actos abusivos. Al respecto, se estima que las cifras podrían ser mayores entre ancianos residentes en instituciones que en los que están en la comunidad (OMS, 2016).

### **2.3.2. Consecuencias en la salud.**

Según la Organización Mundial de la Salud (2016), las consecuencias que este tipo de maltrato ocasiona no son menores. Estas incluyen lesiones físicas (rasguños, moretones, fracturas óseas y lesiones craneales que pueden provocar discapacidades), secuelas psicológicas graves como ansiedad y depresión, las cuales pueden ser de larga duración, e incluso la muerte. En relación con esto último, un estudio reveló que los ancianos que son víctimas de maltrato tienen una probabilidad dos veces mayor de morir que aquellos que no han sufrido maltrato (OMS, 2016).

Dado que se estima que la población adulto mayor seguirá creciendo debido al rápido envejecimiento de la población, es significativamente importante que se tomen medidas para enfrentar esta problemática. Es más, si los sectores de atención primaria de salud y servicios sociales no están preparados para detectar y resolver este problema, se cree que el maltrato a los ancianos seguirá estando semi oculto (OMS, 2017).

### **2.3.3. Factores de riesgo asociados a violencia contra adultos mayores.**

En cuanto a los factores de riesgo que se han identificado en relación con este tipo de manifestación de la violencia, estos también se sitúan en diversas áreas (individual, relacional,

comunitarios, sociocultural) lo cual puede incrementar la probabilidad de que una persona adulto mayor sea víctima de malos tratos (OMS, 2016).

En relación con la dimensión individual, encontramos la mala salud física y mental de la víctima, y los trastornos mentales, abuso de sustancias psicotrópicas y abuso de alcohol, lo cual, según un estudio de la OMS (2006) tiene una estrecha relación con este tipo de maltrato. Junto a ello, también influye el sexo de la víctima, ya que las mujeres pueden correr un mayor riesgo de sufrir formas más graves y persistentes de lesiones y maltrato en general. Por su parte, en cuanto a los factores relacionales, es posible observar que es importante el hecho de compartir la vivienda. Al respecto, se sabe que cuando el agresor depende de la persona mayor, sobre todo en el ámbito económico, es mayor el riesgo de que se produzcan malos tratos. Incluso cuando hay antecedentes de relaciones familiares disfuncionales y aumenta la dependencia de la persona mayor, la situación puede empeorar aún más. Sumado a esto, hoy en día es mayor la incorporación de las mujeres al mundo laboral, lo cual hace que el tener que cuidar a parientes mayores se pueda tornar una carga más pesada debido al poco tiempo disponible. Por otra parte, el aislamiento social de los cuidadores y de las personas mayores, por tanto, la falta de apoyo social, es un factor muy relevante. Finalmente, cabe destacar que los factores culturales son también muy importantes. Entre los más reconocidos están: la representación de las personas mayores como frágiles y dependientes; el debilitamiento de vínculos en la familia; los sistemas sucesorios y de derechos de tierras; la migración de parejas jóvenes en sociedades que tradicionalmente los hijos se han encargado de cuidar a personas mayores y la falta de fondos para solventar los cuidados (OMS, 2016).

#### ***2.3.3.1. Factores de riesgo en el ámbito institucional.***

Como ya se mencionó anteriormente, el maltrato dirigido al adulto mayor también se produce a nivel institucional, por lo cual también es posible identificar factores que se asocian a una mayor probabilidad de violencia. En este sentido, cuando los niveles de atención sanitaria,

servicios sociales y centros asistenciales para personas mayores no son los adecuados, cuando el personal está mal formado y remunerado y soporta una excesiva carga de trabajo, cuando el entorno físico es deficiente y las normas favorecen más los intereses del centro institucional que de los residentes, existe mayor riesgo de que las personas mayores sufran algún tipo de maltrato (OMS, 2016).

#### **2.3.4. Acciones en contra de la violencia contra adultos mayores.**

##### ***2.3.4.1. A nivel internacional.***

Al respecto, la OMS (2002) señala que no es suficiente sólo identificar los casos de maltrato de las personas mayores, sino que es necesario que todos los países desarrollen estructuras que permitan la provisión de servicios sanitarios, sociales, de protección legal, policiales, entre otros, para prevenir el problema y poder responder ante esta problemática. En este sentido, en el año 2002 se realiza la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores, a partir de la cual se hace un llamado a la acción dirigida a la prevención de este tipo de maltrato y se explicitan algunas recomendaciones (OMS, 2002).

Junto a ello, durante el mismo año, se llevó a cabo la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Madrid. En esta Asamblea se aprobó una Declaración Política y un Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, en los que se adopta el compromiso de eliminar la discriminación por motivos de edad y cualquier forma de abuso, abandono y violencia, reconociendo que las personas mayores tienen dignidad y derecho a disfrutar de una vida plena con participación en la vida económica, social, política y cultural. Asimismo, se reconoce que es indispensable la integración del proceso de envejecimiento mundial dentro del proceso más amplio del desarrollo (Codón, 2003).

##### ***2.3.4.2. A nivel nacional.***

En Chile, no estamos ajenos a esta problemática. Dado que investigaciones realizadas señalan que entre el 20% y 30% de los adultos mayores han sido víctimas de maltrato en

cualquiera de sus tipos, también ha sido necesario tomar medidas al respecto (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2012).

Uno de los avances registrados en esta materia, es que en nuestro país existe el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), el cual es un servicio público perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social, que fue creado por la promulgación de la Ley N° 19.828 en el año 2002. Este, como principal tarea, ha establecido el compromiso de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país (SENAMA, 2017). Asimismo, ha sido publicada la Ley N° 20.427 en el año 2010, la cual incluye el maltrato a adultos mayores en la legislación nacional. Es por ello, que se han elaborado programas orientados a prevenir e intervenir de forma oportuna frente a la ocurrencia de este tipo de violencia, facilitando el ingreso de los involucrados en el ámbito de la justicia. Un ejemplo de esto es el Programa contra la Violencia y el Abuso al Adulto Mayor creado en el año 2012, el cual contempla algunas acciones como la Guía Prevención del maltrato a las personas mayores (SENAMA, 2012) y la Cartilla de Prevención y Atención (SENAMA, 2012).

## **2.4. Otros tipos de VIF**

### **2.4.1. Violencia filio-parental.**

La violencia filio-parental (VFP) es una modalidad de violencia familiar que ha recibido poca atención en la literatura científica. No obstante, en los últimos años han aumentado los estudios en relación con el conocimiento de la magnitud y factores de riesgo que están asociados a esta modalidad de VIF (Calvete, Gámez-Guadix y Orue, 2014).

La VFP ha sido entendida como conductas que causan miedo en los progenitores con el fin de obtener poder y control sobre ellos, utilizando violencia física, psicológica y económica (Aroca-Montolío, Lorenzo-Modelo y Miró-Pérez, 2014). Por su parte, Aroca-Montolío (2010) la define como “aquella donde el hijo/a actúa intencional y conscientemente con el deseo de causar



daño, perjuicio y/o sufrimiento en sus progenitores, de forma reiterada a lo largo del tiempo, y con el fin inmediato de obtener poder, control y dominio sobre sus víctimas para conseguir lo que desea, por medio de la violencia psicológica, económica y/o física” (p.136).

En la VFP el agresor es un niño, púber o adolescente que no tiene más de 18 años y que depende de su víctima. Por tanto, la víctima está obligada civilmente a convivir con su maltratador/a hasta que este obtenga la mayoría de edad, lo cual aumenta la desprotección de la víctima (Aroca-Montolío, Lorenzo-Modelo y Miró-Pérez, 2014).

#### ***2.4.1.1.Magnitud de la VFP.***

En cuanto a la magnitud que ha alcanzado la VFP, existen datos muy variables al respecto. Una investigación realizada en España en la Universidad de Murcia señala que, la mayoría de los estudios se han centrado en la forma física de la VFP, a partir de lo cual se indican tasas de prevalencia que oscilan entre el 4.6% y el 21%. En cuanto a las agresiones psicológicas, algunos estudios indican que la prevalencia oscilaría entre el 45% y 65%. Al respecto, las tasas de VFP sería mayor hacia las madres, con un 13%, que, hacia los padres con un 11% (Calvete, Gámez-Guadix y Orue, 2014). En Chile por su parte, en un estudio realizado en la ciudad de Osorno, se analizó una muestra de 128 adolescentes con el fin de identificar la prevalencia de diferentes tipos de violencia filio-parental. De este estudio se desprenden los siguientes resultados, la violencia psicológica se presenta prácticamente en la misma incidencia hacia ambos progenitores, con un 95,6% para las madres y un 92,5% hacia el padre durante este último año. A esta le sigue la violencia económica con un 63,8% hacia el padre y 61,5% hacia la madre. En cuanto a la violencia física existe un bajo grado de perpetración con solo un 3,8% de prevalencia hacia el padre y 2,4 % hacia la madre (Álvarez, Sepúlveda y Espinoza, 2016).

#### ***2.4.1.2.Consecuencias de la VFP en progenitores.***

Algunas de las consecuencias en progenitores que han sufrido VFP están: insomnio, depresión, impotencia, sentimientos de frustración e incluso, ideación suicida. Asimismo, genera

desesperación, incredulidad, miedo, conmoción, estrés y culpa o trastorno de estrés postraumático. Por otra parte, los progenitores presentan dificultades en cuanto a la aceptación de que existe un problema y que su hijo/a se comporta agresivamente con ellos, por lo cual terminan negando el problema u ocultándolo, permitiendo así que la VFP se perpetúe en el tiempo (Aroca-Montolío, Lorenzo-Modelo y Miró-Pérez, 2014).

#### ***2.4.1.3. Factores de riesgo asociados a VFP.***

La VFP se ha asociado con otras formas de VIF y también con estilos de crianza que incorporan el uso del castigo y la privación emocional. En relación con diversos estudios, se han identificado factores de riesgo asociados a la VFP como: exposición a la violencia, el castigo verbal y la privación emocional (Calvete, Gámez-Guadix y Orue, 2014). Asimismo, Aroca-Montolío (2010) señala que el consumo de alcohol y/o drogas, la presencia de trastornos psicológicos (principalmente de personalidad) y psiquiátricos estarían asociados a este tipo de VIF. Al respecto, estarían asociados trastornos como: psicopatía (o el desarrollo de este trastorno), trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis y trastorno bipolar. Menciona, además, que los maltratadores/as presentarían desde la infancia conductas negativista-desafiante o relaciones ambivalentes hacia sus progenitores.

Cabe destacar que en cuanto a este tipo de VIF, si bien existen lineamientos a nivel judicial, en la literatura no se encontraron lineamientos por parte del Ministerio de Salud para el abordaje de esta problemática.

#### **2.4.2. Violencia en parejas homosexuales.**

Tradicionalmente, la violencia doméstica o de pareja se ha atribuido de forma exclusiva a parejas heterosexuales. Se ha caracterizado por la marca que genera la mirada de género, la cual incorpora un enfoque dicotómico (hombre/mujer) y también por un sesgo homofóbico y heterocentrista (Cantera y Gamero, 2007). No obstante, algunas investigaciones sugieren que la violencia de pareja es común en las parejas homosexuales, e incluso se señala que son más

frecuentes los homicidios producto de VIF que los que resultan de agresiones o riñas callejeras contra homosexuales (Hidalgo, 2003).

Según Hidalgo (2003), la violencia en parejas homosexuales puede traer consigo amenazas (ataques) y también hechos reales de violencia física, causando lesiones en la víctima. Asimismo, puede estar acompañada, incluso, de agresiones sexuales y hostigamiento verbal, tales como críticas, humillaciones, ridiculizaciones, intimidación y aislamiento. Este tipo de violencia también puede estar caracterizada por formas de abuso no física, como los intentos por controlar la vida social, los asuntos económicos y el daño a la propiedad.

En general, este tipo de violencia reflejaría un ejercicio sistemático de poder ilegítimo y control coercitivo (Mena, Rodríguez y Malavé, 2005).

#### ***2.4.2.1. Magnitud del problema.***

Mena, Rodríguez y Malavé (2005) mencionan que la Coalición Nacional en contra de la Violencia Doméstica estima que entre un 25% a un 33% existiría violencia doméstica entre parejas del mismo sexo. Además, en base al estudio que realizaron encontraron que el maltrato físico fue mayor y significativo en el grupo de las mujeres lesbianas en comparación con el grupo de hombres homosexuales. Es más, este tipo de maltrato ocurriría en una de cada cuatro relaciones lésbicas. Por último, las mujeres lesbianas reportaron mayores conductas victimizantes y de perpetración en comparación con los hombres homosexuales del estudio.

A pesar de que el problema existe y hay registro de ello, en relación con este tipo de violencia no se observan en la literatura medidas sanitarias que aborden esta problemática específicamente en nuestro país, ya que las que existen actualmente tienen como base un enfoque de género dicotómico. Un ejemplo claro de esto son los lineamientos que tiene el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género (2017), donde se plantea que la violencia contra las mujeres es uno de los principales problemas sociales de nuestro país, el cual emerge porque, culturalmente, se cree que los hombres tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las

mujeres. Sin embargo, este es un lineamiento que no tiene efecto sobre las respuestas sanitarias en cuanto a este tipo de VIF.

### **2.4.3. Violencia contra el hombre.**

La violencia de pareja contra el hombre es un fenómeno que está subvalorado, que tiene escasa investigación en la literatura en cuanto a su posición como víctima de la violencia. Esto también se puede ver reflejado en el bajo porcentaje de denuncias. Según estadísticas del mes de septiembre del año 2017 de la Oficina de Violencia Doméstica (Corte Suprema de Justicia de la Nación de la República Argentina, 2017), de un total de 1221 casos, los hombres afectados por violencia doméstica alcanza un 10%. En relación con las denuncias, un 79% está dirigida a hombres, mientras que un 21% de estas está dirigida a mujeres por causas de VIF.

En general, es un problema que ha sido poco investigado, lo cual es parte del resultado de la cultura machista que minimiza a los hombres que se atreven a contar las situaciones de violencia que han vivido. Ello promueve el imaginario de que los hombres no son víctimas de violencia de pareja, siendo que se estima que los hombres podrían conformar el 50% de las víctimas reales de VIF (Floyd-Aristizábal, Del Pilar, Sierra, López y Ricaurte, 2016).

Según Capaldi et al. (2012), en una revisión de diversos estudios a nivel internacional se observa que tanto mujeres como hombres son igualmente propensos a ejercer violencia de pareja. La revisión de estudios recientes indica que hay más probabilidades que mujeres utilicen alguna forma de violencia en sus relaciones de forma más frecuente. Para estudios que analizan las características de las familias de origen de quienes ejercían violencia, se encontró que la violencia solía ser ejercida por mujeres. Además, se encontró que las mujeres suelen usar más agresión física que los hombres durante la adolescencia, prevalencia que cambia, para ser similar, alrededor de la edad de 26 años.

El factor desencadenante más común en la violencia dirigida a hombres son la intolerancia, la celotipia y el consumo de alcohol. Los mecanismos más frecuentes de agresión

son los arañazos, empujones y trauma no penetrante con algún instrumento, siendo comunes los golpes propinados con alguna parte del cuerpo (Floyd, Del Pilar, Sierra, López y Ricaurte, 2016).

Pacheco y Castañeda (2013), señalan, en base a su estudio sobre hombres receptores de violencia durante el noviazgo, que la violencia más frecuente es la psicológica. Esta se manifiesta por medio de los celos, los cuales constituyen el principal factor para que comiencen los problemas en la relación. Asimismo, se identificaron factores como: indiferencia, vergüenza y burla. Por otra parte, la operación psicológica que fue observada es la minimización, la cual encubre los aspectos más duros de la destructividad que está ocurriendo, tornándose la situación psicológicamente aceptable y no agresiva.

Es relevante mencionar que los actos violentos de los cuales son víctimas los hombres se ven tan normales que han sido naturalizados, por lo cual estos permanecen ocultos o ignorados, a menos que el daño que se ha infligido sea excesivo y difícil de esconder (Pacheco y Castañeda, 2013).

Por último, cabe destacar que, si bien existen registros de denuncias realizadas contra mujeres en Chile por causas de VIF (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2017), no existe aún programas especializados a nivel sanitario, que aborden esta problemática a pesar de su significativa relevancia.

## **2.5. Factores psicopatológicos en VIF**

Al contextualizar las diversas formas de VIF que han sido contempladas en esta investigación, se hizo una descripción de cada una de ellas, incorporando los factores de riesgo que se asocian a una mayor probabilidad de que se produzca violencia, los cuales van de lo individual a lo sociocultural, tanto en víctimas como perpetradores. Al respecto, en algunos casos se han considerado los Trastornos de Personalidad (TP) como un aspecto relevante a

considerar en relación con las personas que ejercen la violencia, ya que, según Esbec y Echeburúa (2010), se ha demostrado que estos constituyen un riesgo significativo en cuanto a conductas violentas. Sumado a esto, hay otros factores psicopatológicos que son frecuentes e importantes de destacar acerca de los perpetradores de VIF en general, como lo es la Esquizofrenia, el Trastorno Bipolar, estados Depresivos agitados y Trastornos de la conducta en Infancia (Jara, 2013).

Por ejemplo, síntomas de Trastornos de la Personalidad del cluster A, B manifestados durante los 20 años, resultan ser un buen predictor para que exista perpetración de violencia en la pareja íntima (Capaldi et al., 2012). Según los estudios de Jara (2013), los factores psicopatológicos se pueden ver relacionados con la violencia en cuatro dimensiones: impulsividad, falta de regulación emocional, narcisismo y la amenaza al yo. Se señala también, que son los síntomas de los trastornos de personalidad quienes serán mejores predictores de situaciones de violencia, más que los trastornos presentes propiamente tal. Por ejemplo, los síntomas paranoides, narcisistas o antisociales, del cluster A o B de los trastornos de personalidad, tienden a correlacionar con eventuales episodios de violencia.

Según Esbec y Echeburúa existe un elemento asociado a los trastornos de personalidad que estaría asociado a la comisión de VIF. Este común denominador es la ira, emoción que es expresada con rabia, resentimiento o irritabilidad. Puede activarse por: sospecha, fanatismo, celos patológicos o venganza (en el caso del trastorno paranoide de la personalidad); por la aversión al contacto con otras personas ( al trastorno esquizoide); debido a la intolerancia a la frustración y un gran enfado por recibir un trato diferente al esperado (trastorno narcisista); por la necesidad de liberar tensiones o por el miedo a la pérdida, utilizando como mecanismo de defensa la escisión (para el caso del trastorno límite de la personalidad); por el sentimiento de rechazo o marginación por los demás (trastorno evitativo); por la sensación de tedio, deshumanización de los demás, la ausencia de empatía y también la necesidad de querer tener

poder (trastorno antisocial); por la imperiosa necesidad de querer llamar la atención (trastorno histriónico) o integrarse en un grupo (trastorno dependiente); y por experiencias extrañas y alteraciones cognitivas (trastorno esquizotípico) (Esbec y Echeburúa, 2010).

Barría (2014) por su parte, señala que, específicamente en el problema de Violencia de Pareja, es posible identificar que los maltratadores presentan Trastornos de Personalidad (TP) narcisista, obsesivo-compulsivo e histriónico, además de ansiedad, trastorno somatomorfo y del pensamiento.

En cuanto a otros trastornos mentales Capaldi et al. (2012) menciona que síntomas depresivos presentes en las relaciones de pareja por parte de uno de los dos integrantes, no son un factor predictor significativo para que exista Violencia de Pareja. En cambio, el historial de intentos de suicidio, sí resulta como predictor significativo de dañar o agredir físicamente a su pareja.

Por otro lado, cabe destacar que la asociación entre los trastornos de personalidad, el consumo de drogas y la violencia está fundamentada. Es más, algunas drogas, como los estimulantes, incrementan la probabilidad de presentar conductas violentas debido a sus propiedades farmacodinámicas (Esbec y Echeburúa, 2010). Junto a ello, también existe una fuerte asociación entre el consumo de alcohol y la VIF. Al respecto, García (2002) señala que el tabaco y el alcohol están registrados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como factores causantes de una mayor incidencia en casos de desajustes familiares, violencia y muerte prematura. Asimismo, plantea que existen múltiples asociaciones entre el consumo de alcohol y la agresividad.

En cuanto a esta temática Capaldi et al. (2012) menciona que es el policonsumo de sustancias, como alcohol, marihuana, otros alucinógenos o cocaína, que sería considerado como un predictor significativo de que existiese violencia de pareja íntima.

La tipología realizada por Dutton y Golant (citado en Fernández-Montalvo y Echeburúa, en Cabrera, 2010) se ha utilizado para conocer las características psicopatológicas de quienes ejercen violencia, esta se establece con tres subgrupos: agresores psicopáticos, hipercontrolados y los cíclicos o emocionalmente inestables. Un estudio realizado por Fernández-Montalvo y Echeburúa ha mostrado que existe una prevalencia importante de trastornos de personalidad. Acorde a la muestra el 86,8% presenta al menos un trastorno de personalidad, en los que se destaca el trastorno compulsivo, dependiente y paranoide, destacando también, además de los problemas psicopatológicos, el abuso de alcohol y otro tipo de drogas.

Es importante, entonces, recalcar que, según la literatura, los hombres violentos suelen presentar problemas psicológicos, como también, déficit cognitivo, desórdenes de personalidad, consumo abusivo de alcohol y drogas, baja autoestima, problemas en la comunicación y expresión de las emociones, falta de control de impulsos y una relación estrecha entre la gravedad de los episodios violentos y el control de la ira (Dutton y Golant, en Torres, Lemos-Giráldez y Herrero, 2013).

Estudios realizados en España por Boira y Jordá (2010), han demostrado que un 79,8% de una muestra constituida por 118 participantes de un programa para hombres que ejercen violencia, presentaba al menos un trastorno de personalidad, y el tipo de trastorno que más destacó fue el de personalidad obsesivo-compulsiva.

Por lo tanto, considerando todos los factores mencionados anteriormente, las intervenciones que se realizan con hombres que ejercen violencia de pareja contra la mujer pueden ser mejoradas si se añadiesen componentes en los que el modelo con el que se trabaja pueda ajustarse a cada usuario específicamente, en vez de que estas intervenciones se basen exclusivamente en el modelo de talla única (Eckhardt et al., 2013) con el que según ha mostrado la evidencia, no es del todo efectivo. Los diferentes tipos de hombres que ejercen violencia podrían beneficiarse de formas de intervenciones específicas para quienes, por ejemplo, sufren



de dependencia a sustancias, trastorno de personalidad, trastornos del ánimo. Considerando también, que el desarrollo de los programas de intervención que se realicen pueda también contar con formas de evaluar la efectividad de sus intervenciones, trabajando en conjunto con entidades evaluadoras, quienes crean políticas públicas y quienes investigan para la realización de éstas (Babcock, Green y Robie, 2002).

A pesar de que hay bastante evidencia que demuestra que hay factores psicopatológicos asociados a la VIF como los ya mencionados, resulta llamativo que estos no se consideren a la hora de intervenir con los perpetradores de violencia en nuestro país (SERNAM, 2014). Si bien en Chile ya existe un programa que se encarga de intervenir en el área de violencia de pareja (Centro HEVPA), es importante recalcar que este programa entrega un enfoque psicoeducativo y no terapéutico, por lo cual no son considerados rasgos y trastornos de personalidad a la hora de intervenir (SERNAM, 2014).

## **2.6. Relevancia de este estudio**

La VIF, manifestada en todas sus formas, ha sido ampliamente visibilizada durante los últimos años debido a graves consecuencias que ya han sido descritas en cada uno de los apartados precedentes. No obstante, a pesar de las acciones que se han tomado al respecto, tanto en las áreas social, judicial y de salud, no ha sido posible aminorar los efectos que esta problemática genera en nuestra sociedad.

Sumado a esto, es cuestionable que muchas de las medidas que se han tomado al respecto, no estén enfocadas en tratar directamente con los perpetradores de los actos de maltrato, a pesar de que se sabe, a partir de la literatura, que hay factores y características individuales involucradas, incluidas aquellas que refieren a trastornos de personalidad y psicopatología en general. Asimismo, en nuestro país no se conoce la proporción de factores de riesgo que están asociados a VIF en aquellos casos de personas que han sido derivadas de los

Tribunales de Garantía a Servicios de Salud por haber cometido actos constitutivos de delito. Por ello, se vuelve interesante conocer qué características tienen los usuarios que asisten a los programas de intervención contemplados en la ley, abarcando todas aquellas dimensiones en las que se presentan los factores de riesgo para cada uno de los casos. En esto adquiere sentido la incorporación de un modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1987) para la indagación de estas características, ya que es acorde a cómo los factores mencionados anteriormente están dispuestos en la literatura a nivel nacional e internacional. Un modelo de este tipo puede ayudar a representar la complejidad de la problemática de VIF y también ha sido usado como un marco para la prevención en esta área, permitiendo implementar medidas específicas para cada uno de los niveles (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 2002).

Por último, es necesario destacar que “ningún factor de riesgo por sí solo explica la ocurrencia de situaciones de violencia al interior de la familia; la acumulación de varios factores determinará la extrema dificultad o imposibilidad de las personas de enfrentar las situaciones de estrés propias de la vida familiar o que irrumpen inesperadamente, surgiendo conductas violentas hacia un niño, un adolescente, un anciano o entre los miembros de la pareja, situaciones que tenderán a repetirse evolucionando en la forma de relaciones de violencia” (MINSAL, 1997, p. 43).

### **III. Método**

En el siguiente apartado se expone la base argumentativa que sustenta la pregunta de investigación de este estudio. Además, se abordará la selección del servicio donde se recolectaron los datos, se hará referencia al tipo de investigación realizada y el diseño elegido para cumplir los objetivos propuestos, tanto el general como los específicos. Por último, se indicará cómo se efectuó la recolección y análisis de datos, cuál fue la muestra seleccionada y qué aspectos éticos fueron considerados.

#### **3.1. Lugar de estudio**

Esta investigación se realizó en el Hospital Del Salvador, ubicado en Subida Leopoldo Carvallo 200, Playa Ancha Valparaíso, Región de Valparaíso. Ello debido a que es la única Unidad sanitaria que actualmente se está haciendo cargo del trabajo con perpetradores de violencia intrafamiliar.

#### **3.2. Pregunta de investigación**

Es preciso mencionar que hoy en día existe una demanda de atención de perpetradores de VIF en el sistema de salud público, generada por el operar de la ley N°20.066. Al respecto, si bien se conocen las características de los usuarios del único programa intersectorial, que responde exclusivamente a la violencia contra la mujer, aún no se conocen las características de los usuarios que han sido derivados al sistema de salud desde tribunales por causas de VIF. A pesar de que la demanda de atención es imperativa, no existen lineamientos sanitarios para responder a ésta, es por ello que, un primer paso para el desarrollo de una respuesta sanitaria más eficiente es conocer la naturaleza de aquella demanda, es decir, conocer cuáles son las características de quienes son derivados.

Cabe destacar que, como se mencionó en el capítulo Problematización y objetivos de la investigación, el programa que se ejecuta en nuestro país para trabajar con quienes ejercen violencia de pareja, es el programa denominado Hombres por una Vida sin Violencia, implementado por el SERNAMEG, éste al basarse en el modelo de Duluth, conocido como modelo de talla única, no considera las características individuales de quienes participan de las intervenciones (Eckhardt et. Al, 2013), ya que es aplicado de forma general, desde el mismo enfoque educativo (Ponce, 2011), además al estar basado en un enfoque de género, (SERNAM, 2011), no hay espacio para las mujeres que ejercen violencia siendo que, como se ha mencionado en la literatura, existe amplia evidencia de que la violencia cruzada, va de la mano con la severidad de la violencia (Dutton, 2012).

Por tanto, en relación con lo anterior, emerge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué características tienen los usuarios derivados desde los Tribunales de Garantía a Unidades de Salud, que asisten o asistieron a programas terapéuticos por Violencia Intrafamiliar (VIF) en la Ciudad de Valparaíso?. Para responder esta pregunta, se realizó una investigación cuantitativa que cuenta con un diseño no experimental, exploratorio, descriptivo y de carácter transversal. De esta forma, se buscó realizar una caracterización de las personas derivadas desde los tribunales de garantía hacia unidades del sistema de salud de la región de Valparaíso por VIF.

Esta investigación, se define como cuantitativa, ya que, como refieren Hernández y Fernández (2006), mediante la recolección de datos con base en la medición numérica y el análisis estadístico, se pretende describir características y establecer perfiles de una muestra particular, en este caso los usuarios del servicio del Hospital Del Salvador.

Se utilizó un diseño no experimental, puesto que no existe una manipulación deliberada de las variables que se utilizaron. Por ello, lo que se busca es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para luego poder analizar la información recopilada (Hernández y Fernández, 2006). Asimismo, se define como exploratorio, debido a que el

objetivo de la investigación es examinar una problemática poco estudiada (Hernández y Fernández, 2006).

Es también descriptivo, puesto que, se busca describir y especificar las características y perfiles de un grupo específico de personas. Es decir, lo que se busca es realizar una recopilación de datos sobre características conceptos y variables. Al respecto, esto permitirá describir cuáles son las características del grupo de usuarios de los programas de intervención en Unidades de salud que conforman nuestra muestra (Hernández y Fernández, 2016).

Por último, fue de corte transversal, ya que la recolección de datos se realizó en un tiempo único y, por lo tanto, no hubo un seguimiento posterior. De esta forma es posible conocer las características de quienes asisten a este servicio de salud, analizar relaciones, categorizar, simplificar y organizar las variables que configuran nuestro objeto de estudio. Mediante este proceso, el propósito de la investigación es describir estas variables, analizarlas y llegar a conclusiones (Rodríguez y Valdeoriola, 2014).

En cuanto a las variables que se consideraron en este estudio tienen directa relación con lo mencionado en la literatura, las cuales representan características transversales a todos los perpetradores que ejercen violencia intrafamiliar. Estas variables son: sexo, edad, tipo de violencia, a quien va dirigida, nivel socioeconómico, nivel de escolaridad y diagnóstico psicopatológico.

### **3.3. Aspectos éticos**

Debido a la naturaleza de este estudio, fue necesario solicitar al Comité de Ética-Científico [CEC] del Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio [SSVSA], la revisión de la investigación. Por tanto, se enviaron una serie de documentos requeridos y se realizó una presentación oral ante dicho Comité el día 25 de octubre de 2017.

Dado que se trata de un diseño retrospectivo, se solicitó al CEC-SSVSA, la dispensa del uso de consentimiento informado debido a las dificultades que implica contactar usuarios que ya no tienen contacto con el servicio. Dentro de estas dificultades se encuentran en primer lugar, la falta de números de teléfono y direcciones de contacto fidedignos para lograr localizar a los participantes. Ello imposibilita el seguimiento posterior a las intervenciones. Por otra parte, al contactar a usuarios/ex-usuarios de estos programas, podría implicar consecuencias negativas para ellos, ya que no se tiene conocimiento de la forma de término de sus procesos de intervención. Muchos usuarios dejan de asistir dando término a sus procesos, otros usuarios son dados de alta, o se encuentran en lista de espera al no haber cupos en la unidad.

Como una manera de garantizar la protección de la confidencialidad de los datos, se consideró la desidentificación de los datos recogidos de las fichas clínicas mediante la utilización de códigos numéricos para identificar a los usuarios. Los datos recogidos fueron almacenados en formato digital y protegidos por sistema de encriptación en el computador del investigador principal (profesor tutor). Transcurridos dos años de realizado el estudio estos datos serán borrados del sistema.

En cuanto al valor social de este estudio, es relevante mencionar que la realización de esta investigación contribuirá a visibilizar el trabajo que se hace desde el sector salud en respuesta al problema de la VIF y de las complejidades que este trabajo conlleva para estos servicios. Asimismo, los resultados del presente estudio pueden aportar al debate sobre el diseño de intervenciones terapéuticas para personas que ejercen VIF que se adecúen a las características y necesidades de éstos, tal como sugiere la literatura internacional (Eckhardt et al., 2013).

### **3.4. Muestra**

Este estudio tiene un carácter retrospectivo, por lo cual no hubo contacto directo con los usuarios, sino que se hizo una revisión sistemática de 262 fichas clínicas de la Unidad

encargada de este programa en el Hospital Del Salvador, Valparaíso. Los usuarios de estos servicios fueron derivados como resultado de una sentencia en su contra por VIF, o como suspensión condicional del procedimiento o de la sentencia, según estipula la ley 20.066. Los participantes pertenecen a la región de Valparaíso y fueron derivados dentro del período de los dos últimos años (de septiembre del año 2015 a septiembre del año 2017). La muestra estuvo compuesta por todas las fichas que fueron ingresadas durante ese período de tiempo. El proceso de selección fue oportunistico, ya que la muestra fue escogida por conveniencia, dentro del marco de fichas clínicas que se pudo escoger.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión.**

Los participantes deben:

1. Ser mayores de edad.
2. Pertenecer a la región de Valparaíso.
3. Haber sido derivados desde Tribunales de Garantía al Hospital del Salvador de Valparaíso para que asistan a programas terapéuticos por Violencia Intrafamiliar.
4. Haber sido derivados como resultado de una sentencia en su contra por VIF o como suspensión condicional del procedimiento o de la sentencia, según lo estipulado en la ley N° 20.066.
5. Haber ingresado al programa terapéutico entre el mes de septiembre del año 2015 al mes de septiembre del año 2017.

#### **3.5. Estrategia de Recolección de datos**

Para la recolección de datos se realizó una revisión exhaustiva de las fichas clínicas dentro del margen de tiempo estipulado en la sección anterior. Estas pertenecen a usuarios del Hospital Del Salvador, quienes fueron derivados desde Tribunales de Garantía. En estas fichas se recopilan factores importantes asociados a la violencia como, por ejemplo, factores de riesgo indagados para cada una de las modalidades de VIF, datos sociodemográficos y características psicosociales (sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico, etc.). Junto a ello, se buscó

pesquisar datos respecto a cuáles fueron los tipos de violencia ejercidas (física, psicológica, sexual, económica, abandono, negligencia, entre otras).

### **3.6. Análisis de datos**

Los datos recolectados fueron ingresados al programa SPSS versión 11,5 en español. El análisis fue realizado según la estadística descriptiva, es decir, se realizó una descripción de los datos, valores y puntuaciones obtenidas, mediante tablas de frecuencias, tablas de contingencia y porcentajes.



## IV. Resultados

En este apartado, se realizará la descripción de los resultados obtenidos a partir del análisis de datos de fichas clínicas de usuarios que asisten o asistieron a programas terapéuticos en el Hospital Del Salvador. Se utilizaron tablas de frecuencia para conocer el recuento de los datos y tablas de contingencia para dar cuenta de la asociación entre variables.

### 4.1. Descripción de los resultados

De acuerdo con el análisis de datos registrados, se describen las siguientes características sociodemográficas y psicopatológicas.

En primer lugar, como se señala en la Tabla 1, del total de los datos ingresados es posible observar que de las 262 fichas clínicas registradas, la muestra se distribuye en 63 casos donde los perpetradores de violencia son de sexo femenino, lo cual corresponde al 24%, y 199 de ellos son de sexo masculino, siendo esto el 76% del total de los casos.

Tabla 1

*Tabla de frecuencia para la variable Sexo*

Sexo	Frecuencia	%
Femenino	63	24,0
Masculino	199	76,0
Total	262	100,0

El promedio de edad de la muestra es de 38, 28 años, y como se aprecia en la Tabla 2, el rango etario de adultez temprana, que comprende desde los 36 a 50 años, es aquel que presenta mayor frecuencia con un 35,9% de los casos. A este le sigue el rango etario de adulto joven, que abarca desde los 26 hasta los 35 años, el cual alcanza un 28,2%.

Tabla 2

*Tabla de frecuencia para la variable Edad*

Rango etario (años)	Frecuencia	%
Joven (18-25)	45	17,2
Adulto joven (26-35)	74	28,2
Adulthood temprana (36-50)	94	35,9
Adulthood media (51-64)	41	15,6
Adulto mayor (65 o más)	7	2,7
Perdidos	1	,4
Total	262	100

*Nota:* La edad fue dividida en rangos etarios debido a la gran diversidad de edades presentes en este estudio.

En cuanto al tipo de violencia, como se ve en la Tabla 3, se encontró que la violencia física presenta una mayor frecuencia en contraste con los otros tipos considerados, alcanzando un 80,9%. Por su parte, la violencia psicológica estuvo en 49 casos, siendo esto un 18,7%. En relación con la violencia sexual, económica y negligencia y/o abandono, no se registró ningún caso de estos tipos.

Tabla 3

*Tabla de frecuencia de la variable Tipo de Violencia*

Tipo de Violencia	Frecuencia	%
Física	212	80,9
Psicológica	49	18,7
Sexual	0	0
Económica	0	0
Negligencia y/o abandono	0	0

Como se representa en la Tabla 4, en relación con la variable “a quién va dirigida la violencia”, la pareja mujer es quien aparece con mayor frecuencia en las fichas clínicas como receptora de violencia con un 30,5% de los casos. En segundo lugar, podemos apreciar que un 12,2% corresponde a violencia dirigida hacia la cónyuge mujer. Por otra parte, se observa que aquellos que se presentan con menor frecuencia como receptores de violencia, son el cónyuge hombre y ex pareja hombre, con un 1,5 y un 1,9% respectivamente.

Tabla 4

*Tabla de frecuencia de la variable A quién va dirigida*

A quién va dirigida	Frecuencia	%
Pareja mujer	80	30,5
Pareja hombre	17	6,5
Ex pareja mujer	28	10,7
Ex pareja hombre	5	1,9
Cónyuge mujer	32	12,2
Cónyuge hombre	4	1,5
Hija	25	9,5
Hijo	19	7,3
Perdidos	4	1,5
Total	262	100

*Nota:* El total que se muestra en esta tabla corresponde a la suma de todas las frecuencias, sin embargo, solo se consideraron los ítems que presentaron mayor frecuencia. Aquellos que no fueron incluidos en la tabla son los siguientes: madre (3,1%), padre (3,9%), hermana/o (5,4%), cuñada/o (1,2%), abuela/o (0%), nuera (,4%), yerno (0%), nieta/o (0%), sobrina/o (1,6%), tía/o (0%), prima/o (,8%), madrastra (0%), padrastro (0%), hijastra/o (1,5%), hermanastra/o (,4%), suegra/o (4%).

De acuerdo con el nivel socioeconómico, se pesquisó que la mayoría de los sujetos que conforman la muestra pertenecen a un estrato socioeconómico bajo con un 66,8% del total. A este le sigue el estrato socioeconómico medio bajo con un 19,8%. Cabe destacar que no se registraron datos pertenecientes a los estratos alto y medio alto, y que hubo un 8,8% de datos

perdidos en relación con esta variable, es decir, estos datos no se encontraron registrados en las fichas revisadas.

Tabla 5

*Tabla de frecuencia de la variable Nivel socioeconómico*

Nivel socioeconómico	Frecuencia	%
Alto	0	0
Medio alto	0	0
Medio	10	3,8
Medio bajo	52	19,8
Bajo	175	66,8
Marginal	2	,8
Perdidos	23	8,8
Total	262	100

En cuanto al nivel de escolaridad, es preciso mencionar que en esta variable se presentó la mayor cantidad de datos perdidos, alcanzando un 46,9% del total de la muestra. En relación con los datos que sí se pudieron recolectar, la escolaridad media completa es la que presenta mayor frecuencia con un 22,5%.

Tabla 6

*Tabla de frecuencia de la variable Nivel de escolaridad*

Nivel de escolaridad	Frecuencia	%
Básica incompleta	8	3,1
Básica completa	9	3,4
Media incompleta	16	6,1
Media completa	59	22,5
Técnico incompleto	4	1,5
Técnico completo	32	12,2
Universitario incompleto	3	1,1
Universitario completo	8	3,1
Perdidos	123	46,9
Total	262	100

Por último, en base a los diagnósticos psicopatológicos descritos en la Tabla 7, se puede ver que con un 72,1% la disfunción familiar/pareja es el diagnóstico con mayor frecuencia. El Trastorno por consumo de sustancias es el diagnóstico con segunda mayor frecuencia alcanzando un 8% del total de los casos.

Tabla 7

*Tabla de frecuencia de la variable Diagnóstico psicopatológico*

Diagnóstico psicopatológico	Frecuencia	%
Depresión	5	1,9
Trastorno por consumo de sustancias	21	8,0
Trastorno de personalidad limítrofe	10	3,8
Disfunción familiar/pareja	189	72,1
Trastorno adaptativo	2	,8
Deterioro cognitivo o retraso mental	3	1,1
Descontrol de impulsos	12	4,6
Perdidos	18	6,9
Total	262	100

*Nota:* El total que se muestra en esta tabla corresponde a la suma de todas las frecuencias, sin embargo, solo se consideraron los ítems que presentaron mayor frecuencia. Aquellos que no fueron incluidos en la tabla son los siguientes: esquizofrenia (0%), trastorno bipolar (0%), trastorno de la personalidad antisocial (0%), trastorno esquizoafectivo (0%), trastorno de la personalidad dependiente (0%), trastorno delirante (,4%) y trastorno obsesivo compulsivo (,4%).

#### **4.1.1. Asociación entre variables.**

En base a los datos obtenidos y la literatura revisada, se realizaron tablas de contingencia para dar cuenta de la asociación que existe entre variables que han demostrado ser relevantes en distintos estudios relacionados a violencia intrafamiliar revisados con anterioridad.

La primera asociación realizada involucra las variables sexo y tipo de violencia. Al respecto, es posible observar que, en relación con la cantidad de mujeres presentes en el estudio se puede destacar que el 90,5% de ellas ejerció violencia física y el 9,5% de ellas violencia

psicológica. Por su parte, en cuanto a la muestra masculina, un 78,3% de ellos ejerció violencia física mientras que un 21,7% violencia psicológica.

Tabla 8

*Tabla de contingencia de las variables Sexo y Tipo de Violencia*

Sexo	Tipo de violencia		
	Física	Psicológica	Total
Femenino	57	6	63
%	90,5	9,5	100
Masculino	155	43	198
%	78,3	21,7	100

La segunda asociación realizada incluye las variables sexo y diagnóstico psicopatológico, a partir de la cual se desprende que en la muestra masculina el diagnóstico que se encuentra con mayor frecuencia es el de disfunción familiar/pareja con un 75,9% del total de hombres. En cuanto a la muestra femenina, este mismo diagnóstico se presenta en un 82,2% de los casos registrados correspondientes a esta muestra.

Tabla 9

Tabla de contingencia de las variables Sexo y Diagnóstico psicopatológico

Diagnóstico Psicopatológico	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
DEP	3	5,2	2	1,1
TCS	2	3,4	19	10,2
TPL	3	5,2	7	3,8
DF/P	48	82,2	141	75,9
TA	1	1,7	1	,5
DC/RM	0	0	3	1,6
DI	1	1,7	11	5,9
Total	58	100	186	100

*Nota<sup>1</sup>*: DEP= Depresión, TCS= Trastorno por consumo de sustancias, TPL= Trastorno de la personalidad limítrofe, DF/P= Disfunción familiar/pareja, TA= Trastorno adaptativo, DC/RM= Deterioro cognitivo/retraso mental, DI= Descontrol de impulsos. *Nota<sup>2</sup>*: Los ítems utilizados en esta tabla se relacionan con los datos representados en la tabla 7 en cuanto a la variable Diagnóstico psicopatológico. Aquellos que no fueron incluidos en la tabla son los siguientes: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de la personalidad antisocial, trastorno esquizoafectivo, trastorno de la personalidad dependiente, trastorno delirante y trastorno obsesivo compulsivo.

En tercer lugar, se utilizaron las variables sexo y “a quien va dirigida” para realizar la siguiente asociación. En la Tabla 10 se puede observar que en un 40,5% de los casos pertenecientes a la muestra masculina, la violencia va dirigida a la pareja mujer. Junto a ello, un 27% de la muestra femenina ejerce violencia hacia la pareja hombre. Dentro de esta misma muestra, un 23,8% de la violencia va dirigida hacia la hija.

Para realizar esta tabla de contingencia, se excluyeron las variables madre (3,1%), padre (3,9%), hermana/o (5,4%), cuñada/o (1,2%), abuela/o (0%), nuera (,4%), yerno (0%), nieta/o (0%), sobrina/o (1,6%), tía/o (0%), prima/o (,8%), madrastra (0%), padrastro (0%),



hijastra/o (1,5%), hermanastra/o (,4%), suegra/o (4%), debido a su baja o nula frecuencia en los datos ingresados.

Tabla 10

*Tabla de contingencia de las variables Sexo y A quién va dirigida*

A quien va dirigida	Sexo			
	Femenino	%	Masculino	%
Pareja Mujer	1	1,6	79	40,5
Pareja Hombre	17	27	0	0
Ex pareja Mujer	0	0	28	14,4
Ex pareja Hombre	5	7,9	0	0
Cónyuge Mujer	0	0	32	16,4
Cónyuge Hombre	4	6,3	0	0
Hija	15	23,8	10	5,1
Hijo	8	12,7	11	5,6
Total	63	100	195	100

*Nota:* Los ítems utilizados en esta tabla se relacionan con los datos representados en la tabla 4 en cuanto a la variable "A quién va dirigida la violencia". Aquellos que no fueron incluidos en la tabla son los siguientes: madre, padre, hermana/o, cuñada/o, abuela/o, nuera, yerno, nieta/o, sobrina/o, tía/o, prima/o, madrastra, padrastro, hijastra/o, hermanastra/o y suegra/o.

Por su parte, en cuanto a la asociación realizada entre las variables rango etario y tipo de violencia, se aprecia que el rango que presentó mayor violencia física fue el de adultez temprana con un 86% en relación con las personas que conforman este grupo. El 81,1% de la muestra adulto joven ejerció violencia física, y en este mismo grupo etario, se presentó una mayor

frecuencia de violencia psicológica, con un 18,9% en relación con los sujetos que conforman este rango.

Tabla 11

*Tabla de contingencia de las variables Edad (rango etario) y Tipo de violencia*

Rango etario	Tipo de violencia		
	Física	Psicológica	Total
Joven (18-25)	38	7	45
%	84,4	15,6	100
Adulto joven (26-35)	60	14	74
%	81,1	18,9	100
Adulthood temprana (36-50)	80	13	93
%	86	14	100
Adulthood media (51-64)	28	13	41
%	68,3	31,7	100
Adulto mayor (65-90)	6	1	7
%	85,7	14,3	100

En relación con la asociación entre las variables nivel socioeconómico y tipo de violencia, se encontró que aquellos sujetos pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo presentaron mayor frecuencia de violencia física ejercida en relación con la violencia psicológica, ya que la primera presenta un 83,3% y la segunda un 16,7%, correspondientes al total de los sujetos que conforman este nivel.

Tabla 12

*Tabla de contingencia de las variables Nivel socioeconómico y Tipo de violencia*

Nivel socioeconómico	Tipo de violencia		
	Físico	Psicológico	Total
Alto	0	0	0
%	0	0	0
Medio alto	0	0	0
%	0	0	0
Medio	9	1	10
%	90	10	100
Medio bajo	38	14	52
%	73,1	26,9	100
Bajo	145	29	174
%	83,3	16,7	100
Marginal	2	0	2
%	100	0	100

La última asociación que se realizó fue entre las variables nivel de escolaridad y tipo de violencia, de la cual se desprende que los sujetos de la muestra que ejercieron violencia física un 79,7% presenta un nivel de escolaridad media completa. Sin embargo, esto sólo equivale a 47 personas de la muestra total, ya que, como mencionamos anteriormente, en la variable nivel de escolaridad hubo una cantidad significativa de datos perdidos.

Tabla 13

*Tabla de contingencia de las variables Nivel de escolaridad y Tipo de violencia*

Nivel de Escolaridad	Tipo de violencia		
	Físico	Psicológico	Total
Básica incompleta	7	1	8
%	87,5	12,5	100
Básica completa	5	4	9
%	55,6	44,4	100
Media incompleta	15	1	16
%	93,8	6,2	100
Media completa	47	12	59
%	79,7	20,3	100
Técnico incompleto	4	0	4
%	100	0	100
Técnico completo	24	8	32
%	75	25	100
Universitario incompleto	3	0	3
%	100	0	100
Universitario completo	8	0	8
%	100	0	100

## **4.2. Problemas de implementación de la investigación**

Algunos de los problemas que se presentaron a lo largo de la investigación son los siguientes:

1. En primer lugar, fue importante considerar que se necesitan datos específicos para que estos fuesen ingresados al programa estadístico. Por tanto, el mayor problema surgió debido a que las fichas de quienes asistieron al Hospital Del Salvador no estaban completadas correctamente, faltando los datos necesarios para realizar una adecuada caracterización de los usuarios en base a lo que hemos revisado en la literatura.
2. Sumado a lo anterior, se presentaron algunas dificultades en cuanto al lugar donde se realizó la revisión de fichas, ya que no se contaba con un espacio del todo adecuado.
3. En tercer lugar, hubo algunos problemas en cuanto a la cantidad de fichas entregadas en relación con las fichas solicitadas. Esto generó que se tuviese que destinar más tiempo de lo estimado en la revisión de las mismas.
4. Por último, que la persona encargada de facilitarnos el espacio y las fichas para trabajar en terreno dispusiera de horarios limitados para nuestro acceso al lugar.

## V. Discusión

A continuación, se discutirán los resultados obtenidos y aquello que fue posible observar y resultó llamativo durante el proceso de recolección de datos.

En relación con los resultados obtenidos, es relevante comenzar mencionando aquellos datos que se corresponden con la literatura y aquellos que no. Al respecto, cabe mencionar que en cuanto a las variables sexo y “a quién va dirigida”, los datos encontrados en las fichas clínicas sí se condicen con lo expuesto en la literatura. En esta investigación se observa que la mayoría de los perpetradores de violencia son de sexo masculino alcanzando un 76%, donde el 40,5% de esta muestra masculina ejerce violencia hacia su pareja mujer. Esto es similar con los datos referidos por la Encuesta Nacional de victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos sexuales (2012), donde el 31,9% de las mujeres entre 15 y 65 años declararon haber sufrido algún tipo de violencia, de las cuales el 74% de ellas indicó que el perpetrador de violencia habría sido su pareja o ex pareja.

Es importante destacar que, en relación con las variables sexo y tipo de violencia, se encontró que un 90,5% de la muestra de mujeres ejerció violencia física, lo cual se contrasta con un 78,3% de la muestra masculina que ejerció esta misma violencia. Por otra parte, en cuanto a la violencia psicológica, los hombres ejercieron más violencia de este tipo con un 21,7% a diferencia de la muestra femenina, la cual fue ejercida en un 9,5%. Estos datos se asocian con lo expuesto por Capaldi et al. (2012), quien indica que hombres y mujeres son igualmente propensos a ejercer violencia íntima. Además, este mismo autor refiere que hay algunos estudios recientes que indican que hay mayor probabilidad de que las mujeres utilicen alguna forma de violencia en sus relaciones de manera más frecuente. Cabe destacar que estos datos obtenidos en el estudio podrían estar relacionados con la forma en que fueron

recolectados, ya que para la variable tipo de violencia se consideró la información expuesta en documentos de derivación desde tribunales de garantía y no directamente del relato de los usuarios, debido a que no siempre había concordancia entre ambos.

Por otra parte, en relación con la variable edad, el promedio de edad de los perpetradores de violencia de ambos sexos es de 38,28 años. Esta información es similar a lo descrito por Barría y Macchiavello (2012), donde se refiere que el promedio de edad de los hombres que ingresaron al centro HEVPA es de 39 años.

En cuanto a las variables nivel socioeconómico y nivel de escolaridad, en este estudio se encontró que los perpetradores de violencia pertenecen en su mayoría a un estrato socioeconómico bajo y que lograron finalizar la enseñanza media sin tener estudios posteriores. De acuerdo a esto, Fernández, Riera y Salas (1998) indican que algunas de las características individuales que se describen en perpetradores de violencia incluyen crisis económicas y un menor nivel educacional. Por su parte, Capaldi et al. (2012) refiere que el bajo ingreso económico está mayormente asociado con la severidad de la violencia de pareja íntima, ejercida por hombres.

Por otro lado, es importante mencionar también aquel aspecto que resultó ser diferente a lo señalado por la literatura, donde se indica que existiría relación entre la violencia intrafamiliar con consumo de drogas (Esbec y Echeburúa, 2010), trastornos de personalidad (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2010) y policonsumo de sustancias (Capaldi et al., 2012). Sin embargo, en la investigación realizada se encontró que los diagnósticos presentados con mayor frecuencia en las fichas clínicas no se condicen totalmente con los anteriormente señalados. Al respecto, el diagnóstico que se encontró en la mayoría de los casos, con un 72,1%, fue el de Disfunción familiar/pareja, el cual tuvo que ser incorporado como parte de las variables a investigar, debido a que esta no

se encontró en la literatura ni tampoco pertenece a los diagnósticos contemplados por manuales diagnósticos (CIE-10 y DSM).

### **5.1. Observaciones durante proceso de investigación**

En cuanto al proceso de investigación, es necesario realizar algunas observaciones sobre aspectos que dificultaron la recolección de los datos, los cuales resultaron ser precarios, debido a la gran falta de información en las fichas clínicas, considerando que esta podría haberse obtenido de una forma más exhaustiva en base a la estructura de las mismas. En virtud de esta poca precisión, se tuvo que indagar en el historial clínico de los usuarios y en documentos enviados desde tribunales.

En primer lugar, es importante destacar que las fichas clínicas, en su mayoría, se encontraban incompletas, ya que la información descrita en el apartado de anamnesis era escasa y los genogramas realizados en base al sistema relacional familiar no estaban correctamente contruidos o, simplemente en algunos casos, no fueron realizados. Asimismo, no se usó adecuadamente el sistema diagnóstico multiaxial, debido a que en muchos casos los diagnósticos no fueron categorizados en el eje correspondiente. Por ejemplo, en algunos casos, el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias estaba ubicado en el eje IV, cuando este corresponde al eje I. A su vez, como se mencionó anteriormente, una cantidad significativa de diagnósticos descritos en las fichas clínicas no se correspondían con los manuales diagnósticos actualizados, tales como descontrol de impulsos y disfunción familiar/pareja, los que fueron considerados como diagnósticos individuales en las fichas. En relación con lo anterior, aparentemente quienes completan las fichas no consideraron aspectos importantes presentes en la totalidad de las fichas clínicas para realizar estas hipótesis diagnósticas, tal como el consumo abusivo de sustancias, siendo esto relevante según la literatura, ya que en muchos casos constituye un factor de riesgo. A esto se le suma la precaria utilización



del vocabulario técnico en las descripciones de caso y en los diagnósticos psicopatológicos, a pesar de que el uso de esto es obligatorio y necesario en los servicios de salud de nuestro país, donde el MINSAL (2011) señala que es pertinente y apropiado establecer estándares a utilizar en los sistemas de información de salud para su uso en los establecimientos y organismos de salud del territorio nacional, ya que esto permite obtener información confiable y comparable al utilizar criterios comunes. También hay poca información de evolución clínica y las altas se dan muy prontamente, debido a que en muchos casos se registraron pocas sesiones realizadas.

Por otra parte, cabe destacar que se están realizando terapias individuales aun cuando, en su mayoría, los diagnósticos corresponden a disfunción familiar/pareja, los cuales se deben realizar en función del sistema familiar, ya que para trabajar en relación con la disfunción familiar, el énfasis de la terapia está en la transformación de procesos interpersonales (Minuchin, 2001).

## **5.2. Problematización del motivo de derivación**

En relación a los motivos de derivación que estaban presentes en las fichas clínicas, es de vital importancia mencionar que existe una discordancia entre lo que establece la ley, lo que ordena el tribunal y la respuesta que entrega el sistema sanitario, en este caso el Hospital Del Salvador. Esto queda claramente demostrado cuando la Ley 20.066 establece que el imputado debe asistir como medida accesoria a programas terapéuticos y/o de orientación familiar. Sin embargo, desde Tribunales se ordena la asistencia obligatoria a terapia de control de impulsos, obviando lo señalado en la misma ley. En relación con esta ordenanza judicial, el Hospital Del Salvador responde con psicoterapias de corta duración que no se asocian a este tipo de terapia, ya que el diagnóstico de descontrol de impulsos solo alcanza un 4,6% del total. Sumado a ello, gran parte de los imputados fueron dados de alta por responsabilidad, a pesar de que en

su mayoría se realizaron muy pocas sesiones, no cumpliendo de esta forma, el tiempo estipulado por la Ley, que abarca desde los 6 meses como mínimo hasta los 2 años como máximo.

### **5.3. Interrogantes que emergen desde el ámbito judicial**

En función de todo lo anteriormente mencionado, surgen las siguientes interrogantes: ¿El Tribunal estará realmente en conocimiento respecto a qué consiste la Terapia de control de impulsos y por qué deriva a este tipo de terapia aun cuando no aparece explícita en la Ley? Entonces, si esto ocurre ¿será que los Tribunales asumen que existe un problema de descontrol de impulsos tras la violencia intrafamiliar? Por último, si el Tribunal deriva al sistema de salud a pesar de que en la ley 20.066 no está contemplada la supervisión ¿estará suponiendo que existe una respuesta robusta por parte de este?

### **5.4. Problematización: inexistencia de lineamientos ministeriales en respuesta sanitaria**

Como se señaló al inicio de esta investigación, la violencia se reconoce como un problema que es también sanitario (OMS, 2016), por lo cual, los sistemas de salud nacionales debiesen responder adecuadamente. No obstante, en base a lo descrito en este estudio y en la literatura, se puede afirmar que esto no sucede, ya que no existen lineamientos ministeriales en el trabajo que se realiza con perpetradores de violencia intrafamiliar, tanto para hombres como para mujeres. Específicamente, en la red Valparaíso-San Antonio, es el Hospital del Salvador la única unidad de salud que se hace cargo de este problema. Sin embargo, a pesar de ser el único programa que responde actualmente, tampoco cuenta con los lineamientos necesarios, lo cual se

refleja directamente en el funcionamiento actual del mismo y las intervenciones que se realizan en este.

## **VI. Conclusión**

Con esta investigación, si bien se logró realizar algunas descripciones de los usuarios que asisten o asistieron a programas terapéuticos en el Hospital Del Salvador derivados por tribunales de garantía por causas de VIF, no fue posible categorizar correctamente a la muestra debido a la gran cantidad de datos que no estaban presentes en las fichas clínicas y el contexto en el que se generó este estudio, el cual se caracterizó por presentar una serie de dificultades a lo largo del proceso de investigación como, por ejemplo, el número de fichas y los días estipulados para la revisión de las mismas. Esto último fue un problema, puesto que estas condiciones fueron convenidas por personal del Hospital.

Si bien el sistema de registro, en cuanto a fichas clínicas se refiere, es completo y puede proporcionar información valiosa, estas no se encontraban rellenas en su totalidad, lo cual dificultó la recopilación de los datos y el entendimiento de los mismos. Esto podría ser explicado a partir a la falta de lineamientos que presenta este programa, dejando a los profesionales a cargo en completa autonomía de funcionamiento, lo que puede perjudicar o favorecer el servicio.

### **6.1. Alcance de la investigación**

Puesto que esta investigación es exploratoria, por el hecho de que no hay estudios previos en relación con el tema investigado y por ello, este resulta ser un fenómeno desconocido, es que la información y datos obtenidos pueden ser prometedores en el ámbito de la salud y de políticas públicas. Esto debido a que, al dar a conocer cuáles son las características de los usuarios que fueron denunciados por VIF y que han sido derivados desde los tribunales de garantía a programas de intervención en las unidades de salud, se puede realizar intervenciones con ellos acorde a sus necesidades y características en particular. Lo anterior permitiría un mejor abordaje terapéutico y clarificaría el actuar de los

profesionales de salud mental que se encuentran a cargo. Por lo mismo, es importante seguir investigando sobre la VIF y por sobre todo, seguir investigando con aquellas personas que han ejercido violencia hacia algún familiar, en algún momento de su vida.

## **6.2. Proyección de la investigación**

En cuanto a lo anteriormente mencionado, es importante tener en consideración al realizar una investigación en esta temática, que se deben hacer entrevistas estructuradas construidas en directa relación con las variables investigadas además de hacer una revisión de fichas clínicas. De esta manera, es posible obtener datos de manera más acabada, lo cual podría robustecer un estudio de este tipo.

Por otra parte, sería importante y beneficioso que puedan realizarse futuras investigaciones que sean enriquecidas con otros tipos de metodologías, las cuales amplíen el foco de este estudio. Un ejemplo de esto sería utilizar metodologías mixtas, combinando la metodología cuantitativa con la cualitativa, lo que permitiría recolectar datos cuantitativos y cualitativos, como por ejemplo el uso de entrevistas semi-estructuradas, para así conocer las percepciones de las personas que conforman la muestra, además de obtener datos concretos que permitan generar caracterizaciones de esta. Al respecto, si bien es un avance que la mirada esté en los perpetradores, también es importante para la generación de políticas públicas, poner la atención en el sistema de salud y judicial en el que ellos están inmersos. Esto permitiría conocer más acabadamente a los diferentes actores involucrados en las respuestas a la problemática de la VIF.

En relación con esto último, si desde el Gobierno se crearan políticas públicas en las cuales se establecieran lineamientos que se basaran en la literatura y que estuvieran acorde a

las necesidades que presenta esta población, el sistema podría responder de forma más robusta y atingente.

### **6.3. Críticas y sugerencias a los sistemas de salud**

El programa de VIF que existe actualmente en el Hospital Del Salvador, si bien constituye un gran avance como respuesta sanitaria, no cuenta con los recursos suficientes, lo cual se ve reflejado en su precario funcionamiento, incluyendo aspectos desde cómo se recolectan datos en las fichas hasta cómo son archivadas, puesto que aún se utilizan fichas de papel, lo que dificulta la recolección de datos y comprensión de la información. Lo anterior se puede explicar a partir de que los recursos son mayormente dirigidos al trabajo con víctimas de VIF, invisibilizando el trabajo con perpetradores.

Es por esto que, para enfrentar el problema de la violencia intrafamiliar en general, no solo se debería poner el foco en el trabajo con víctimas, sino que, al mismo tiempo, se debería hacer un trabajo acabado con los perpetradores de violencia. De esta forma, se podría abordar de manera sustantiva e integral, la gran problemática social y sanitaria que es la violencia intrafamiliar, y que tiene importantes efectos en la calidad de vida de cada una de las personas. Esto es crucial, considerando que el Estado tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias para prevenir la violencia intrafamiliar, garantizar la vida, integridad personal y seguridad de los miembros de la familia, según lo expuesto por la Ley No. 20.066 (2005).

## VII. Referencias bibliográficas

- Álvarez, A., Sepúlveda, R., Espinoza, S. (2016). Prevalencia de la violencia filio-parental en adolescentes de la ciudad de Osorno. *Pensamiento y Acción Interdisciplinaria*, 1 (1), 59-74.
- Araujo, K., Guzmán, V., Mauro, A. (2000). El surgimiento de la violencia doméstica como problema público y objeto de políticas. *Revista de la CEPAL*, 70, 133-145.
- Aroca-Montolío, C. (2010). La violencia filio-parental: una aproximación a sus claves.
- Aroca-Montolío, C., Lorenzo-Moledo, M. y Miró-Pérez, C. (2014). La violencia filio-parental: un análisis de sus claves. *Anales de psicología*, 30(1), 157-170.
- Babcock, J., Green, C. y Robie, C. (2002). Does batterer's treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23 (2004) 1023 – 1053.
- Barría, J., y Macchiavello, A. (2012). Anatomía de los hombres que ejercen violencia hacia sus parejas: Primer levantamiento de datos para el diseño de un perfil. Chile.
- Barría, J. (2014). Trastornos de personalidad, psicopatología y nivel de riesgo en una muestra chilena de hombres maltratadores: ocho tipos de maltratadores. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 52(4), 281-287.
- Boira, S., Jodrá, P. (2010). Psicopatología, características de la violencia y abandonos en programas para hombres violentos con la pareja: resultados en un dispositivo de intervención. *Psicothema*, 22, (4), 593-599.
- Bronfenbrenner, U. (1987). Ecología del desarrollo humano. *Porto Alegre: Artes Médicas*. Paidós, 1.
- Cabrera, M. (2010). Acercándonos al hombre que ejerce la violencia de género: Clasificación y descripción de un grupo de maltratadores. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 25 (1).

- Calvete, E., Gámez-Guadix, M., y Orue, I. (2014). Características familiares asociadas a violencia filio-parental en adolescentes. *Anales de psicología*, 30(3), 1176-1182.
- Cantera, L., & Gamero, V. (2007). La violencia en la pareja a la luz de los estereotipos de género. *Psico*, 38(3).
- Capaldi, D., Noble, N., Wu Shortt, J. y Kim, H. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3(2): 231-280.
- Casas, L., y Vargas, M. (2011). La respuesta estatal a la violencia intrafamiliar. *Revista de derecho (Valdivia)*, 24(1), 133-151.
- Codón, I. (2003). Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 42, 193-208.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación de la República Argentina (2017). Oficina de Violencia Doméstica. Recuperado de <http://old.csjn.gov.ar/docus/documentos/verdoc.jsp?ID=107118>
- Defensoría Penal Pública (2004). Las salidas alternativas en el nuevo proceso penal: Estudio exploratorio sobre su aplicación. Santiago, Chile.
- Dutton, D. (2012). The case against the role of gender in intimate partner violence. *Elsevier. Aggression and Violent Behavior*, 12, 99-104.
- Dutton, D. G. y Corvo, K. (2007). The Duluth model: A data-impervious paradigm and a failed strategy. *Elsevier. Aggression and Violent Behavior*, 12, 658–667.



Eckhardt, C., Murphy, C., Whitaker, D., Sprunger, J., Dykstra, R. y Woodard, K. (2013). The Effectiveness of Intervention Programs for Perpetrators and Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 4(2), 196-231.

Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.

Floyd-Aristizábal, D., Del Pilar, S., Sierra, M., López, J. y Ricaurte, A. (2016). Violencia de pareja contra el hombre en Cali, Colombia. *Colombia Forense*, 3(2), 33.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2007). El maltrato deja huella: manual para la detección y orientación de la violencia intrafamiliar. Chile.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2012). 4º Estudio de Maltrato Infantil. Chile.

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2017). *Violencia Intrafamiliar*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/prevencion-de-la-violencia/violencia-intrafamiliar/>

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2017). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado de <http://unicef.cl/web/convencion-sobre-los-derechos-del-nino/>

García, M. (2002). Alcohol y violencia familiar. *Adicciones*, 14(1), 3-8.

Hernández, R., Fernández-Collado, C., Baptista, P (2010) Metodología de la Investigación. *Mc Graw Hill*.

Hidalgo, R. (2003). Violencia doméstica homosexual y respuesta policial: un estudio preliminar comparativo entre Estados Unidos y Venezuela. *Cenipecc*, 22, 197-220.

Jara, M. (2013). Violencia y Trastornos de Personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. 3 (4).

Krug, E., Mercy, J., Dahlberg, L. y Zwi, A. (2002). Public Health. The world report of violence and health. *The Lancet*, 360, 1083-1088

Ley No.19.023. Establece Creación del Servicio Nacional de la Mujer. Publicado en el Diario Oficial, del 3 de enero de 1991, Chile.

Ley No.19.325. Establece Ley de Violencia Intrafamiliar. Publicado en el Diario Oficial. Del 27 de agosto de 1994, Chile.

Ley No.19.968. Establece creación de Tribunales de Familia. Publicado en el Diario Oficial, del 30 de agosto del 2004, Chile.

Ley No.20.066. Establece Ley de Violencia Intrafamiliar. Publicada en el Diario Oficial, del 7 de octubre de 2005, Chile.

Ley No.20.480. Establece Ley Código Penal; Violencia Intrafamiliar; Femicidio; Parricidio. Publicada en el Diario Oficial, del 18 de diciembre del 2010, Chile

Ley No.20.820. Establece Ley de Equidad de Género; Igualdad de Género; Ministerio de la Mujer; Mujer; Servicio Nacional de la Mujer; Subsecretaría de la Mujer. Publicado por el Diario Oficial, del 20 de marzo del 2015, Chile.

- López, F. S. (2016). Efectividad de la Terapia Reparatoria en el área específica de la violencia sexual infantil: Experiencias y aprendizajes situados en la región de Valparaíso, Chile. *Interacción y Perspectiva*, 6(1). Recuperado de <http://200.74.222.178/index.php/interaccion/article/view/21042/20900>
- Mena, F., Rodríguez, J. y Malavé, S. (2005). Manifestaciones de la violencia doméstica en una muestra de hombres homosexuales y mujeres lesbianas puertorriqueñas. *Revista interamericana de psicología*, 39(3), 449-456.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2013). Principales Resultados “Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales”. Chile.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública (2017). Delitos de violencia intrafamiliar-casos policiales. Recuperado de <http://www.seguridadpublica.gov.cl/estadisticas/tasa-de-denuncias-y-detenciones/delitos-de-violencia-intrafamiliar-casos-policiales/>
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (2017). *Misión y funciones*. Recuperado de <http://www.minmujeryeg.cl/sernameg/mision/>
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (2017). *HEVPA. Centros para Hombres que Ejercen Violencia de Pareja*. Recuperado de <http://www.minmujeryeg.cl/contra-la-violencia-te-apoyamos/hepva/>
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (2017). *Violencia contra las mujeres*. Recuperado de <http://www.minmujeryeg.gob.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/>
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (1997). *Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en Violencia Intrafamiliar*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011). *Guía clínica: Atención de niños, niñas y adolescentes menos de 15 años, víctimas de abuso sexual*. Gobierno de Chile. Chile.

- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011). *Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2011-2020*. Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2011). *Norma técnica N°: “Estándares de información de salud”*. Gobierno de Chile. Chile.
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2013). *Guía Clínica. Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores*. Gobierno de Chile. Chile.
- Minuchin, S. (2001). *Familias y terapia familiar*. Editorial Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2002). *Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006). *Maltrato de ancianos y alcohol*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008). *Prevención del maltrato infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Recuperado de [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/index1.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index1.html)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia*.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Maltrato infantil*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Maltrato de las personas mayores*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Temas de salud: Violencia*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/violence/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Recuperado de [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/es/](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/es/)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). *Reforzar el compromiso y la acción en el ámbito nacional*. Recuperado de [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter6/es/index1.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter6/es/index1.html)

Organización de las Naciones Unidas Mujeres [ONU Mujeres] (2015). Infografía: Violencia contra las mujeres. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>

Organización de las Naciones Unidas Mujeres [ONU Mujeres] (2016). *Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

Organización de las Naciones Unidas Mujeres [ONU Mujeres] (2016). *Reglas y normas mundiales: Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas*. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/global-norms-and-standards>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2004). *Violencia, un problema de salud pública que ya es pandemia*. Recuperado de [http://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=259:violencia-un-problema-salud-publica-que-pandemia&Itemid=330](http://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=259:violencia-un-problema-salud-publica-que-pandemia&Itemid=330)

Pacheco, K. y Castañeda, J. (2013). Hombres receptores de violencia en el noviazgo. *Avances en Psicología*, 21(2), 207-221.

Ponce, A. (2011). Modelos de intervención con hombres que ejercen violencia de género en la pareja. Análisis de los presupuestos tácticos y re-consideraciones teóricas para la elaboración de un marco interpretativo y de intervención. *Congreso de Masculinidades*. España.

Ponce, A. (2011). Una propuesta Constructiva-Narrativa y con perspectiva de género (CNPNG): Un modelo para intervenir con hombres que ejercen violencia de contra la pareja. *Políticas Públicas y Experiencias de Trabajo Sobre Masculinidad en Iberoamérica* (pp. 79-95). Barcelona, España: Associació Conexus.

Rodríguez, D., Valldeoriola, J. (2014). Metodología de la Investigación. *Universitat Obertia de Catalunya*. Recuperado de [http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat\\_cast-nodef/PID\\_00148556-1.pdf](http://zanadoria.com/syllabi/m1019/mat_cast-nodef/PID_00148556-1.pdf)

Santibáñez, P., Román, M., Lucero C., Espinoza, A., Iribarra, D. y Müller, P. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.

Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000100008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100008)

Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2012). *Guía prevención del Maltrato a las personas mayores*. Gobierno de Chile. Chile.

Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA] (2017). *Quiénes somos*. Recuperado de <http://www.senama.cl/QuienesSomos.html>

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2012). Orientaciones técnicas. Modelo de intervención Centros de la Mujer. Recuperado de [http://www.sernam.cl/vif/documental/pdf/0000054\\_20111104\\_124317.pdf](http://www.sernam.cl/vif/documental/pdf/0000054_20111104_124317.pdf)

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2012). Programa Chile Acoge. Chile.

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2014). Modelo de Intervención centros para Hombres por una vida sin violencia. Gobierno de Chile. Chile.

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2017). *¿Qué es el SERNAM?* Recuperado de <https://portal.sernam.cl/?m=institucion&i=7>

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2017). *Programa Hombres por una vida sin violencia*. Recuperado de <https://portal.sernam.cl/?m=programa&i=11>

Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] (2017). *Programas*. Recuperado de <https://portal.sernam.cl/?m=programa>

Torres, A., Lemos-Giráldez, S. y Herrero, J. (2013). Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *Anales de Psicología*, 29 (1).