

UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**SIGNIFICADOS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA
DOMÉSTICA EN LAS HISTORIAS DE VIDA DE MUJERES
CON DEPRESIÓN Y/O TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al **GRADO DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA Y
PUERICULTURA.**

NIZA ESTER CAÑOLES ACUÑA.

VALDIVIA – CHILE

2007

PROFESORA PATROCINANTE

Sra. Estela Arcos G.
Nombre

Firma

PROFESORA COPATROCINANTE

Sra. Claudia Pradines
Nombre

Firma

PROFESORA INFORMANTE

Dra. Myrna Uarac U.
Nombre

Firma

FECHA DE APROBACIÓN:

Dedicada a

La memoria de Rosa Ester

Mi abuela-madre

Una mujer excepcional

Agradezco a

*Cada funcionaria/o y profesional que accedió a participar de esta
investigación como sujeto de estudio.*

*Y, especialmente, mi eterna gratitud a cada mujer que
Accedió a transitar por los recuerdos dolorosos,
Relatando para mí, su historia.*

*Y, para tí querida tía Luz, por tu apoyo
y confianza en mí, gracias.*

ÍNDICE DE MATERIAS

CAPITULO		PÁGINA
RESUMEN		
SUMMARY		
1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO.	5
2.1	La salud mental. Un problema de salud pública.	5
2.2	Factores psicológicos, sociales y culturales.	6
2.3	Género y salud mental.	6
2.3.1	¿Por qué sufren las mujeres?	6
2.3.2	Bases de las desigualdades e inequidades de género.	7
2.3.3	La violencia de género y su contribución al deterioro de la salud mental de las mujeres.	8
2.3.4	¿Por qué es tan difícil romper el círculo de la violencia?	9
2.3.5	Salud mental y el proceso de socialización del rol.	10
2.4	El malestar de las mujeres.	11
2.4.1	Historia.	11
2.4.2	Violencia y sexualidad femenina.	12
3	MATERIAL Y MÉTODO.	14
3.1	Tipo de estudio.	14
3.2	Diseño metodológico.	14
3.3	Selección de la muestra.	15
3.3.1	Localización y criterios de inclusión.	15
3.3.2	Criterios de inclusión para los grupos focales.	15
3.3.3	Criterios de inclusión para las entrevistas en profundidad.	16
3.4	Pruebas piloto.	16
3.5	Técnicas de recolección de información e instrumentos.	17
3.6	Procesamiento y análisis de la información.	17
3.7	Dimensiones y categorías de análisis.	19
3.7.1	Categorías de análisis establecidas.	19
3.7.2	Categorías de análisis emergentes.	20

CAPITULO	PÁGINA
4 RESULTADOS.	21
4.1 Desde el discurso de los Grupos Focales.	21
4.1.1 Violencia doméstica.	21
4.1.1.1 Conceptualización y manifestaciones de la violencia.	21
4.1.1.2 Invisibilización y naturalización de la violencia.	25
4.1.1.3 Tipos de violencia.	27
4.1.2 Salud mental.	32
4.1.2.1 Depresión y trastornos de ansiedad.	34
4.1.2.2 Medicalización.	36
4.1.2.3 Estigmatización.	36
4.1.2.4 Relación violencia doméstica-salud mental y desarrollo personal de la mujer.	38
4.1.3 Género.	41
4.1.3.1 Identidad y socialización de roles.	41
4.1.3.2 Relaciones de género y ejercicio de poder.	44
4.1.3.3 Valoración de la maternidad.	46
4.1.3.4 Otredad.	48
4.1.4 Visión del equipo de salud y de la red de violencia en relación a programas existentes.	49
4.1.4.1 Eficacia de terapias, apoyo social y soluciones jurídicas.	50
4.1.4.2 Factores facilitadores y/o limitantes en su interacción con mujeres víctimas de violencia.	54
4.1.4.3 Cambios propuestos a nivel institucional y/o personal.	59
4.1.5 Dimensiones y categorías de análisis emergentes.	61
4.1.5.1 Contexto socioeconómico.	62
4.1.5.1.1 Desempleo y precariedad laboral.	62
4.1.5.1.2 Nivel de escolaridad y deprivación intelectual-sociocultural.	64
4.1.5.1.3 Alcoholismo.	64
4.1.5.1.4 Ruralidad, etnicidad y racismo.	65
4.1.5.1.5 Familia monoparental.	66
4.1.5.1.6 El rol de la Religión.	66
4.2 Desde los relatos de mujeres: entrevistas en profundidad.	67
4.2.1 Caracterización de las mujeres entrevistadas.	67
4.2.2 Abandono y maltrato en la niñez.	68
4.2.3 Identidad de género.	72
4.2.3.1 Subordinación.	72
4.2.3.2 Asimetría de poder en las relaciones intergénero.	74

CAPITULO		PÁGINA
4.2.4	La violencia en la vida de las mujeres.	75
4.2.4.1	Expresiones de la violencia.	75
4.2.4.2	La violencia doméstica: natural, justificable e invisible.	78
4.2.4.3	Los ciclos de la violencia.	79
4.2.4.4	Construcción de su sexualidad en el contexto de la subordinación y el maltrato.	80
4.2.5	La salud mental de las mujeres.	81
4.2.5.1	Suma de factores en la génesis de sus malestares.	83
4.2.5.2	Depresión y trastornos ansiosos: manifestaciones y reconocimiento.	84
4.2.6	Percepción de las redes de apoyo social e institucional.	87
4.2.6.1	Programa de Salud Mental.	87
4.2.6.2	Red de Violencia Intrafamiliar.	89
4.2.7	Dimensiones que emergen de los relatos.	89
5	DISCUSIÓN.	91
6	CONCLUSIONES.	100
7	BIBLIOGRAFÍA.	102

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		PÁGINA
A1	Pauta para grupos focales.	A1
A2	Pauta de entrevista en profundidad.	A3
A3	Acta de consentimiento informado para la investigación clínica.	A5

RESUMEN

La depresión y los trastornos de ansiedad afectan a un número importante de mujeres a nivel mundial, convirtiéndose en problemas de Salud Pública dado el impacto, tanto en la salud de las mujeres, como para los sistemas de salud. Se reconoce, cada vez más, que la *violencia de género* es un factor preponderante en su desarrollo. Explorar en otros aspectos de la vida de las mujeres para descubrir el espectro de factores que influyen en el desarrollo de estas alteraciones es imprescindible para abordar esta problemática desde todos los ámbitos.

Por lo anterior se realizó un estudio exploratorio no probabilístico, en el cual se indagó en las percepciones y construcciones sociales del Equipo de Salud Mental y de la Red de Violencia Intrafamiliar, sobre la génesis y consecuencias de la *violencia doméstica*. Para ello se trabajó con grupos focalizados, integrados por profesionales de los programas mencionados. De igual modo se exploró, mediante entrevistas en profundidad, en las historias de vida de mujeres con *diagnóstico de depresión y /o trastornos ansiosos*, la presencia de violencia como expresión de discriminación y desigualdad de género. Éstas fueron seleccionadas, posteriormente a la aplicación del “Test de tamizaje de Valoración de la Violencia”, desde los registros del Programa de Salud Mental del Consultorio de Salud de San José de la Mariquina, provincia de Valdivia, en donde se llevó a cabo la investigación.

Factores socioculturales y económicos son determinantes en el desarrollo de la *violencia doméstica* y sus consecuencias en la salud mental de las mujeres, desde el discurso de los grupos focales. No existe estigmatización con respecto a los trastornos mentales de las mujeres agredidas. Sin embargo, están influidos por estigmas y prejuicios respecto a la tolerancia ante la violencia y las respuestas de las mujeres a ésta. Por otro lado, al explorar en las historias de vida de las mujeres encontramos que la *depresión y los trastornos de ansiedad*, son consecuencia directa de las relaciones de poder asimétricas en la pareja, y los modelos aprendidos.

En síntesis, hay diferencias de opinión en cuanto a las formas de abordar la problemática, ya que la disponibilidad de recursos y el escaso compromiso de los organismos encargados de administrar justicia, son los principales escollos. Es prioritario: replantear y fortalecer el trabajo en Redes que permita un accionar Intersectorial e Interdisciplinario efectivo y eficaz que pondere a la mujer como sujeto de derecho.

Palabras clave: Violencia doméstica, Depresión, Trastornos de ansiedad, Género.

SUMMARY

The depression and the dysfunctions of anxiety affect to an important number of women at world level, transforming it into problems of Public Health according to the impact, as much in the health of the women, as for the systems of health. It is recognized, more and more that the *gender violence* generates a preponderant factor in its development. To explore in other aspects of the life of the women, to discover the spectrum of factors that influence the development of these alterations, it is indispensable to approach this problem from all the ambits.

For the above-mentioned, it was carried out a exploratory non probabilistic study, in which were investigated the perceptions and social constructions of the Team of Mental Health and of the Net of Intrafamiliar Violence, on the genesis and consequences of the *domestic violence*. For this, we worked in focalized groups, integrated by professionals of the mentioned programmes. In the same way it was explored, by means of interviews in depth, in the histories of the women's life with *depression diagnosis and/or anxious dysfunctions*, the presence of violence like discrimination expression and inequality of gender. These were selected, later on to the application of "Test of screening of Valuation of the Violence", from the registrations of the Mental Health Program of the Clinic of Health of San Jose de la Mariquina, county of Valdivia where it was carried out the investigation.

Socio-cultural and economic factors are determinating in the development of the *domestic violence* and their consequences in the mental health of the women, from the speech of the focal groups. Stigmatization doesn't exist with regard to the mental dysfunctions of the attacked women. However, they are influenced by stigmata and prejudices regarding the tolerance before the violence and the answers from the women to this. On the other hand, exploring the histories of the women's life we find that the *depression and the dysfunctions of anxiety* are direct consequence of the asymmetric relationship of power in the couple, and learned models.

In synthesis, there are opinion differences respect to the forms of approaching the problem, since the resources and the scarce commitment of the organisms in charge of administering justice, are the main reefs. It is high-priority: to subtract and to strengthen the work in Nets that allows an Intersector and Interdisciplinary effective and accional that ponders the woman like subject of right.

Key words: Domestic violence, Depression, Dysfunctions of Anxiety, Gender.

1. INTRODUCCIÓN.

La depresión y los trastornos de ansiedad afectan a un número importante de mujeres a nivel mundial, siendo la proporción casi el doble para la primera y una relación de 3:1 para la segunda, en comparación con el sexo masculino. Trastornos que han ido aumentando su prevalencia, convirtiéndose en problemas de salud pública dado el impacto, tanto en la salud integral de las mujeres porque, pueden llegar a ser incapacitantes, como para los sistemas de salud y la economía, por el alto costo en tratamientos, secuelas psicoorgánicas y licencias médicas que arrastra. Además, tienen un alto peso en el desencadenamiento de conflictos conyugales y/o familiares. Estudios realizados en EE.UU. revelan que 1 de cada 10 adultos sufre de depresión (19 millones cada año), los mismos resultados se han encontrado en otros 10 países. Según investigaciones efectuadas en España, los trastornos de ansiedad representan un 5-10% en la población general, siendo la edad de aparición de estos trastornos mayor entre la 2ª y 3ª década de vida, (OMS, 2001).

En Chile, la salud mental se convirtió, a partir de 1997, en una de las prioridades de salud pública y clínica. El Plan de Salud Mental y Psiquiatría orientó su accionar hacia grupos problemas en el que destaca, entre otros, la atención de mujeres y adultos afectados por la violencia intrafamiliar, problema en el que la mujer representa un 33,6%. Según un estudio encargado por SERNAM, éste llega al 50,3% en Santiago. Del universo estudiado, la depresión en la mujer ocupa nuevamente un lugar preponderante: 2º lugar entre las causas de discapacidad. (58% sufría de angustia, 56,8% depresión, 53,1% trastornos del sueño y 50,6% estrés), (CALVIN, 2001).

Aunque aún no se han establecido las causas que determinan el desarrollo y la alta prevalencia de estas patologías, en el sexo femenino, existe consenso entre los investigadores, que éstas responden a múltiples factores. Así tenemos a la genética como factor predisponente y a la bioquímica, ya que está probada la influencia de los neurotransmisores en la ocurrencia del problema. Sin embargo, ambas no bastan para dar una respuesta satisfactoria, ya que algunas mujeres, pese a tener los antecedentes, no desarrollan la enfermedad, en cambio otras que carecen de ellos sí las presentan. Esto a dado pie para revisar otros aspectos en la vida de las mujeres que pudiesen tener un mayor grado de responsabilidad en la génesis del problema. A saber, factores psicológicos y socioculturales, esto último, que involucra el rol social asignado a la mujer y su incorporación al mercado laboral lo que conlleva a una multiplicidad de roles que debe cumplir; la cultura signada por el código patriarcal que determina la desigualdad e injusticia de género y que establece un estatus de subordinación de la mujer que abona el terreno a posibles abusos y diversas expresiones de violencia en razón del género. Todo esto hace pensar que existiría una mayor vulnerabilidad asociada a las situaciones de estrés a las que se ve sometida, (GRELA y LÓPEZ, sf).

En este contexto, esta investigación exploró en la subjetividad, sentimientos y representaciones de las mujeres, y la relación entre la problemática de la salud mental y la violencia doméstica. Se intentó descubrir el arraigo de las ideologías de la identidad de género, el apego al modelo mariano que marca sus vidas con la resignación al sufrimiento, la abnegación y el sacrificio en bien de los otros, postergando sus propias necesidades y deseos de realización personal, así como la idea que la maternidad es la máxima aspiración y expectativa en la vida de las mujeres. Al mismo tiempo, analizar los efectos que la violencia al interior de la pareja y la asimetría de poder en razón del género, tienen para la construcción de su sexualidad, donde la negación como sujetos sexuales, impide o limita la expresión de aquélla y el desarrollo de su afectividad.

Como otro pilar fundamental de esta investigación, se indagó, en las percepciones y representaciones sociales de profesionales y funcionarios de la salud, abarcando a los integrantes del Programa de Salud Mental y de la Red de Violencia Intrafamiliar, en tanto sujetos encargados de acoger y brindar atención a las mujeres con estas problemáticas.

El tema de la violencia de género, observada en el ámbito doméstico, y las repercusiones en la salud mental de las mujeres, fueron el eje central del estudio, en torno al cual se formularon y diseñaron pautas que sirvieran de hilo conductor, tanto en las entrevistas a mujeres, como en el desarrollo de los grupos focales, de tal modo que facilitaran el proceso de indagación en las representaciones sociales e imaginario individual y colectivo de los sujetos de estudio.

Por último, la información generada, nos permitirá aproximarnos a cómo el entrelazamiento, en la subjetividad de los sujetos, de estas ideologías basadas en la cultura patriarcal influyen en las relaciones íntergéneros, ocasionando malestar y displacer en las mujeres. Lo que debe servir para hacer conciencia y crear espacios e instrumentos válidos para abordar esta problemática en su génesis, yendo a la raíz del problema, lo que permitirá contribuir a la disminución de la severidad de la patología mental que afecta a la mujer, que no sólo tiene repercusiones en su ámbito privado, sino que, además, trasciende a los espacios públicos. En este contexto, la matrona/matrón está llamado a cumplir una labor de relevancia, por el tipo de comunicación que potencialmente logra con la usuaria y, eventualmente con la pareja de ésta, tanto en la pesquisa de estas mujeres que, a través de múltiples manifestaciones clínicas, hacen un llamado de atención, como en la articulación de redes de apoyo y derivación, en el ámbito de la salud y de la red social existente. Por otro lado es responsabilidad de las entidades formadoras entregar las herramientas necesarias que nos permitan tener una mirada integral de la mujer como sujeto, su contexto social, cultural y familiar.

Hipótesis.

H₁ Las percepciones y representaciones de los equipos de salud mental y red de violencia están influidas por los estereotipos y estigmatizaciones de los trastornos mentales y de violencia doméstica.

H₂ Los trastornos mentales en las mujeres (depresión y trastornos ansiosos), son (uno de tantos), expresión del displacer femenino en el contexto de una sociedad desigual y machista.

H₃ La violencia doméstica en mujeres con patología mental problematiza la construcción de un espacio que las reafirme en sus conceptos de autovaloración y aceptación desde el otro.

H₄ Para las mujeres que construyen su identidad en el marco de la subordinación, la violencia doméstica representa un evento natural y por ende no la cuestionan.

H₅ En una relación de pareja signada por la desigualdad de poder y la violencia, las mujeres perciben la imposibilidad de construirse como sujetos sexuales.

Objetivos de la Investigación.

Explorar los significados, representaciones y percepciones que tiene el equipo de salud mental y redes de violencia intrafamiliar sobre la génesis y consecuencias de la violencia de género.

Identificar, en el discurso de los integrantes del equipo de salud y redes de violencia intrafamiliar, estigmatizaciones y prejuicios en relación a la problemática de la violencia doméstica y sus secuelas.

Explorar en la historia de vida de mujeres con trastornos mentales, (depresión y trastornos ansiosos), la presencia de violencia doméstica como expresión de discriminación y desigualdad de género.

Explorar, con perspectiva de género, los significados y el imaginario psicosocial-cultural sobre creencias, actitudes y sentimientos personales con que las mujeres enfrentan las perturbaciones de salud mental y violencia doméstica.

Explorar los significados y sentimientos que otorgan las mujeres violentadas al proceso de socialización de la aceptación del maltrato, de la subordinación y el silencio en las diferentes etapas del ciclo vital.

Indagar en la forma cómo estas mujeres construyen su sexualidad y ejercen sus derechos sexuales y reproductivos en un contexto de subordinación y maltrato.

Explorar las ideologías subyacentes en la identidad-rol genérico de las mujeres sujetos de estudio y su relación con situación de violencia y salud mental.

Reconocer desde del relato de las mujeres, acerca de sus seres significativos, su influencia y apoyo en el transitar por el sendero de la soledad del maltrato.

Explorar los significados, representaciones y percepciones que las mujeres dan a las redes de apoyo institucional.

2. MARCO TEÓRICO.

2.1 LA SALUD MENTAL. UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

Los trastornos mentales y conductuales son frecuentes, en algún momento de su vida el 25% de las personas se verán afectadas. En un momento dado el 10% de la población adulta tendrá un trastorno mental. Aun más, en una de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede sufrir este tipo de trastornos. En 1990 el 10% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), eran consecuencia de los trastornos mentales y neurológicos. En el 2000 éste aumentó a 12%. Siendo los más frecuentes las depresiones, los trastornos de ansiedad, uso de sustancias psicoactivas; esquizofrenia; epilepsia; Alzheimer. De esto podemos decir que mientras las tres últimas han mantenido su incidencia más o menos estable, los primeros han aumentado de manera significativa, (OMS, 2001).

El envejecimiento de la población, la complejización de los problemas sociales hacen prever un aumento de este tipo de trastornos en la población, en donde se estima que al menos 450 millones de personas padecen alguna forma de alteración mental o de comportamiento en la actualidad. El impacto que estos trastornos ejercen sobre las personas, las familias y por ende en la sociedad es considerable, no sólo por los costos económicos que representan sino también por el daño a la calidad de vida de aquéllas, en especial de las familias que además de ser el soporte físico y emocional, deben convivir con la estigmatización y discriminación, disminuyendo sus posibilidades de recuperación y por tanto su inserción en la sociedad, limitando su desarrollo personal y como grupo, al carecer de redes de apoyo social efectivas, (MINSA-PERÚ, 2001;OMS, 2001).

La OMS reconoce la importancia de la salud mental, en su definición de salud “no es sólo la ausencia de enfermedad”, sino “un estado de completo bienestar físico, mental y social.” Dado el avance de los conocimientos tanto en el área biológica como en las ciencias del comportamiento, el interés se ha centrado en esta definición, estableciendo una relación directa entre salud mental, salud física y salud social y por consiguiente toda alteración orgánica o psíquica es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo mismo el concepto de salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Por ello, la preservación de la buena salud mental de cada miembro de la sociedad implica un conocimiento acabado no sólo de la biología sino de las disciplinas que estudian la conducta humana y un abordaje integral debe considerar los diversos factores involucrados en su génesis, ya sean psicológicos, socioambientales, familiares u orgánicos, (CALVIN, 2001;OMS, 2001).

2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS, SOCIALES Y CULTURALES.

No obstante la importancia de la biología en el desarrollo de trastornos mentales, para efectos de este estudio interesa abordar los factores Psicológicos y Sociales, en mayor profundidad. Podemos señalar la importancia de la socialización desde el nacimiento, y su influencia en las características de la personalidad, avalado por estudios a través del último siglo. En ellos se observó la evolución de niños institucionalizados, quienes pese a haber recibido alimentación y cuidados básicos, carecieron de estímulos sociales, lo que afectó su interacción con los demás. Por otro lado, la expresión de su emocionalidad y adaptación a estresores eran deficientes y por ende eran más propensos a presentar depresión u otros trastornos de ansiedad dada su incapacidad para el afrontamiento efectivo a situaciones de estrés, (BOIX GUILLÓ, 2002; OMS, 2001).

Los factores sociales asociados a trastornos mentales y del comportamiento tienen relación con la pobreza, entendida como la insuficiencia de recursos económicos, sociales y educativos y que está presente no sólo en los países pobres sino que, aunque en menor medida, en países desarrollados; la urbanización dada la superpoblación, la contaminación; ritmo de vida más acelerado; altos niveles de violencia; escaso apoyo social, se convierten en factores estresantes. La emigración se relaciona con altos índices de trastornos mentales ya que en general esta población llega a vivir a las ciudades en condiciones de extrema pobreza por la falta de oportunidades y la inexistencia de redes sociales de apoyo; los conflictos armados y civiles también se asocian con esta problemática. No obstante, la ruralidad también tiene una alta cuota de responsabilidad ya que según estudios las tasas de depresión en las mujeres eran dos veces más alta que las estimadas para la población general. Por lo demás, en sectores rurales es frecuente el aislamiento geográfico, menos medios de transporte y comunicaciones a la vez que la oferta de oportunidades educativas y económicas es menor lo que suma a sus habitantes en la desesperanza por la falta de oportunidades de desarrollo. Lo anterior influye, indudablemente, en las relaciones entre las personas, deteriorando la capacidad de interactuar, de resolver conflictos de manera exitosa. Esto potencia la generación de un círculo de violencia dentro de la misma familia, predisponiendo a sus miembros a presentar alteraciones como la depresión o trastornos de ansiedad, así como el abuso de sustancias psicoactivas, (BURIEL, 2003; CALVIN, 2001; OMS, 2001).

2.3 GÉNERO Y SALUD MENTAL.

2.3.1 ¿Por Qué Sufren las Mujeres?

Los diversos roles que desempeña la mujer, sin distinción de nivel socioeconómico, la exponen a ser un blanco ideal para padecer trastornos mentales. Según un informe de salud mental del Minsal, el abuso de sustancias y de alcohol y el suicidio, es predominante en los hombres, mientras que la depresión y los trastornos ansiosos han ido en aumento a expensas

de las mujeres, así como los trastornos alimentarios, dependencias a fármacos, y el tabaquismo, sin olvidar mencionar la somatización, informada por varios estudios, en donde destacan el dolor crónico; dolor pelviano; dolores musculares y cefaleas, entre otras, (HEISE,1999; MINSA-PERÚ, 2001; MINSAL-CHILE, 2001)

Este fenómeno tiene su asentamiento en la situación de desigualdad en que se ha construido la realidad sociocultural de la mujer. Su incorporación al trabajo remunerado, que no ha significado una redistribución de responsabilidades dentro de la familia en relación a la crianza de los hijos y administración de la casa. Por otro lado, los cambios que se han dado en la estructura familiar que tiene su manifestación en el creciente número de hogares que tienen a una mujer como jefa de familia, debiendo ésta cumplir en solitario con el rol asignado tradicionalmente como mujer y además el de proveedora, luchando por ser madre-padre al mismo tiempo. Esto se traduce en un agotamiento no sólo físico por la recarga de trabajo, sino que se suma, muchas veces, el sentimiento de culpa por salirse de la norma social de una familia con presencia de ambos progenitores, consecuencia del proceso de socialización, según el cual es imperativo brindarle a los hijos/hijas el modelo o figura paterna. Tenemos además, los problemas relacionales con los hijos e hijas, que tienen su punto mas alto cuando estos son adolescentes, dadas las características típicas de su desarrollo, (GRELA Y LÓPEZ, sf; HARDEY, 2001; PAHO/WHO, 2002; SAGOT, 2000).

Sumemos la maternalización del rol, lo que se extiende a las demás relaciones de la mujer, donde ésta no sólo será madre de sus hijos, también lo será del esposo, pareja, padres, amistades, explotando su capacidad de dar atención y afecto, lo que casi siempre no será bidireccional. Esta ampliación de los quehaceres femeninos no tiene como respuesta un mayor reconocimiento, sino más bien se tiende a mantener invisibles sus múltiples funciones, contribuyendo al menoscabo de la autoestima de la mujer y una imagen de sí misma empobrecida. Lo que redundará, sin duda, en un incremento de su autoexigencia, sin tener retribución que la retroalimente, llevándola a una pérdida de expectativas, de frustración que como resultado afectará su equilibrio emocional y psicológico, al ver postergadas sus propias necesidades y anhelos, (GRELA Y LÓPEZ, sf; HARDEY,2001; PAHO,2002).

La respuesta del resto de la sociedad no es diferente a lo que ocurre en el ámbito doméstico, al no facilitar procesos de cambios culturales que debieran propiciarse desde diversos escenarios como la educación o los medios de comunicación masiva, en donde sigue primando el discurso machista y el sexismo, eternizando los estereotipos socioculturales del ser mujer/hombre, (ARTILES, sf; BOIX GUILLÓ, 2002; BURIEL, 2003).

2.3.2 Bases de las desigualdades e inequidades de género.

Un factor determinante que lleva a mujeres y hombres a establecer relaciones en desigualdad de condiciones, es la educación y ésta se inicia desde el nacimiento y continúa a

lo largo de la vida, marcada por las diferencias en la formación, atención y actitudes que entregamos a los niños. Baste recordar situaciones como la elección del color de la ropa de los recién nacidos, el lenguaje utilizado para tratarlos, las expresiones de cariño que son diferentes para cada sexo, con suavidad para las niñas, fuerza y vigor si son niños. A través de estas acciones y actitudes se les inculca el papel que socialmente deben internalizar cada uno, de lo masculino y femenino, esperando que su comportamiento sea acorde a lo establecido: la toma de decisiones, la fortaleza, el papel activo en el plano amoroso, la adquisición de la identidad masculina a través de la triple negación: “no eres una mujer, no eres un bebe, no eres homosexual”. Como contraparte, la mujer debe aprender a ser pasiva, puede expresar su afectividad porque es mas frágil, desarrollar capacidad de sostener emocionalmente y brindar atención a los demás (maternalización del rol), aprendiendo mediante los juegos infantiles, (BOIX GUILLÓ, 2002; GRELA Y LÓPEZ, sf; HARDEY, 2001).

2.3.3 La Violencia de Género y su Contribución al Deterioro de la Salud Mental de las Mujeres.

Es, particularmente, en la intimidad del hogar donde se reproducen los patrones sociales, entre los cuales la resolución de conflictos estará condicionada por las relaciones entre sus miembros e influidas por la historia personal de cada uno de ellos y por la magnitud de los problemas y su contexto social. En aquéllos con menos tolerancia a las frustraciones y con limitados recursos emocionales y adaptativos para enfrentarlos; la descarga de ira y odio irá dirigida a los miembros que están en una posición de subordinación y éstas serán generalmente, los mas vulnerables dentro del grupo : niños, mujeres y ancianos, violencia que será ejercida indudablemente, por quien tiene la posición de poder, el hombre. Por otro lado, a mayor complejidad de los conflictos, mayor dificultad de resolverlos, considerando además, que para la mujer será mas difícil superar el modelo tradicional adjudicado de pasividad y dependencia, con lo que la denuncia o decisión de terminar con la relación nociva se transforma en un acto de heroísmo, poco probable, adoptando una actitud de resignación. Todo esto tiene su explicación en que la organización de la familia y en general las relaciones de las personas se basa en el modelo patriarcal, en donde el poder lo detenta el hombre, quien es el que dicta y mantiene las normas destinadas a perpetuar este patrón cultural, (ALBERDI, 2002; ALVARADO, 2002; BOIX GUILLÓ, 2002; CORSI, sf; HEISE, 1999; SAGOT, 2000).

Según estudios, las mujeres que sufren algún tipo de violencia presentan, probablemente, mas trastornos de salud tanto física como mental (ejemplo: el dolor pelviano crónico se asocia significativamente a una historia de violencia) Cuando la mujer es golpeada o agredida sexualmente, el agotamiento emocional la puede llevar al suicidio, demostrando la falta de recursos disponibles para escapar a las relaciones violentas. Asimismo, el maltrato en la niñez y el daño psicológico que embarga, puede condicionar en la vida adulta una incapacidad para evitar situaciones de riesgo para su integridad física y mental, dado que existe una pérdida de autoestima y autovaloración. Es por esto que, las niñas que han presenciado la violencia ejercida contra sus madres pueden padecer muchos de los síntomas propios de los que han sido víctimas directas y tienen mayor probabilidad de aceptar la

violencia como algo normal dentro de sus relaciones de pareja cuando adultas,(ALVARADO, 2002; ALBERDI ,2002; CORSI, sf; MONTERO,1999; SAGOT,2000).

Cabe señalar que los costos de este problema son altísimos ya que no sólo se circunscriben al ámbito de la salud, sino que al ocurrir la violencia en el seno familiar, se transforma en un modelo que es reproducido por los hijos e hijas y quienes que viven inmersos en ese círculo, amen de la probabilidad que éstos también presenten trastornos emocionales o psicológicos como producto del clima insano en el que se desarrollan, (ALBERDI, 2002; HEISE, 1999).

2.3.4 ¿Por qué es tan difícil romper el círculo de violencia?

Existen elementos que favorecen el silencio de las víctimas, impidiendo el hallazgo de vías de solución al problema. El miedo, la percepción de ausencia de redes sociales efectivas, carencia de apoyo institucional, la dependencia económica, son factores que condicionan a las mujeres en esta búsqueda. Sin embargo, hay mujeres que aun contando con los recursos económicos y sociales, continúan con la relación a pesar de la violencia ejercida en su contra. Son independientes personal y económicamente, pero son incapaces de denunciar a su agresor y mantienen la relación al igual que aquellas que no cuentan con sus recursos (lo que podría de alguna manera justificar a estas últimas en su resignación). Estas comparten una relación paradójica: desarrollan un vínculo afectivo más sólido con sus agresores, asumiendo la culpa, justificando sus acciones, y en muchos casos retirando las denuncias o deteniendo los procesos judiciales. La explicación a este fenómeno es denominado “Síndrome de Estocolmo Doméstico”, y hace alusión al conjunto de reacciones psicológicas observadas en individuos sometidos a cautiverio mediante el cual las víctimas terminan, paradójicamente, adhiriéndose a la causa de sus captores, estableciéndose una identificación con éstos, desarrollando lazos afectivos y de simpatías en el marco del secuestro. Se ha establecido un paralelo entre lo descrito y la situación traumática de violencia en que viven las mujeres que la sufren, lo que sería una forma de adaptación paradójica, (ALBERDI, 2002; ARTILES, sf; HEISE, 1999; MONTERO, 1999; SAGOT, 2000).

El miedo constante a la agresión a que está expuesta en su espacio íntimo conduce a una cascada de eventos entre los que se encuentran los estados de ansiedad agudos que paulatinamente se irán cronificando hasta transformarse en depresión. Este escenario va aislando cada vez más a la víctima del mundo que tenía junto a su pareja, y que era su referente de seguridad con lo que comienza a perder la noción de la realidad. La desorientación la lleva a moverse en un mundo de incertidumbre en el cual no sabe en qué momento y por qué se producirá la siguiente agresión, perdiendo la capacidad de anticiparse a ellas, cediendo a la presión de un estado de sumisión que le proporciona mínimas probabilidades de no equivocarse. Se describe, también, el comportamiento del agresor, el que mostrará instantes de arrepentimiento que por un lado le inyecta esperanzas y por otro aumenta su sentimiento de culpa, anulando la capacidad de la mujer de poner en marcha

recursos propios o pedir ayuda para terminar con esta situación. Este panorama la lleva a disociar las experiencias negativas de las positivas y su atención se orientará hacia las positivas confiando en el arrepentimiento y excusas del agresor. El resultado será la modificación de su identidad y la acomodación que le permita proteger su seguridad y autoestima deteriorada, (ALBERDI, 2002; HEISSE, 1999; MONTERO, 1999; SAGOT, 2000).

2.3.5 Salud Mental y el Proceso de Socialización del Rol.

El mundo particular, circunscrito a lo familiar es una instancia de desarrollo de los afectos, en el que las mujeres tienen su máxima oportunidad de expresar su capacidad de ser cariñosas, solidarias, atentas a las necesidades de afecto y atención de los demás, dones que les han sido culturalmente transmitidos como atributos del ser femenina, y que les caracteriza como personas. Este papel asignado por la sociedad, centrado en la maternidad, de entrega ilimitada, implica a su vez expectativas de retribución no necesariamente correspondida lo que genera frustración y sentimientos de postergación de las propias necesidades de afecto y atención. Empero, la mayoría de las mujeres permanece en esta situación sin reclamar la justa retribución, sin decidirse a transformar la relación con los otros, y esto tendría su explicación en la necesidad de ser aceptadas y valoradas por los otros, ya que esta realidad les permite mantener su estatus de privilegio, al ser imprescindibles para los demás, su máximo referente. Así, construye una relación de dependencia afectiva, marcada por la postergación de uno de sus integrantes y el poder del otro. Que las mujeres reflexionen sobre esto, atreverse a demandar afecto en igual medida al que brindan, las lleva a incubar sentimientos de culpa, miedo a la soledad, a no ser aceptadas, obstaculizando la posibilidad de exigir lo que justamente anhelan para poder desarrollar un proyecto de vida propio y no conformarse con vivir a través de la realización personal de otros (pareja, hijos), (ARTILES, sf; GRELA Y LÓPEZ, sf; HARDEY, 2001; PAHO/WHO, 2002).

En este proceso socializador, la mujer ha aprendido que su vida se basa en relaciones de dependencia afectiva (sin dejar de considerar la dependencia económica de aquellas que no realizan trabajo remunerado), donde, necesariamente, la mayoría de las veces conformar una familia, tener hijos son su máxima expectativa de vida y su manera de sentirse realizadas, pasando por otro lado de la dependencia de los padres a la del marido y si, en algún momento se plantean un proyecto diferente, como estudiar, tener una profesión, trabajar y no contemplar la formación de una familia, resulta una carga emocional que no siempre se sienten capaces de sobrellevar, porque “no tiene antecedentes ni historia social que las legitime, habilite y valore positivamente”. Incapaces de romper moldes por el castigo social que conlleva, se apegan al molde tradicional del rol. Este temor que las posiciona en una situación de vulnerabilidad, permite que no desarrolle su capacidad de autovaloración, siempre pendiente de sus actitudes, valorada por los otros, anulando su autoestima, su equilibrio emocional y mental, que sin duda, generará efectos dañinos en su salud, propiciando de esta manera la aparición de trastornos ansiosos y depresión, (BURIEL, 2003; GRELA Y LÓPEZ, sf; SAGOT, 2000).

El pensamiento occidental basado en dualismos y dicotomías, bien/mal; mente/cuerpo; individuo/sociedad; razón/emocionalidad, nos ha acostumbrado a disociar nuestra integralidad como sujetos y al mundo que nos rodea, así ocurre en el campo de la salud mental de las mujeres, en donde se separa lo físico de lo mental, influenciado por una mirada tecnicista y biologicista de la medicina, lo que ha impedido un abordaje de este problema desde una perspectiva de integración de un todo que tiene su origen desde lo cultural, social y familiar. Al asociar la salud mental de las mujeres con su función reproductiva, y al finalizar su capacidad reproductora (menopausia), se consolidaba su condición de sujeto de segunda clase, invisibilizándola como sujeto social al excluirla de lo público y reducirla al mundo de lo privado y doméstico, cuestiones fundadas en la concepción patriarcal de la sociedad, (ARTILES, sf; CANO, sf).

Ha sido necesaria una profunda revisión de los viejos paradigmas en la cual estudios, en diversas áreas acerca de la problemática de la mujer, han contribuido a generar conocimiento para abordar y analizar la salud mental desde una perspectiva compleja que abarca todas las áreas del ser humano, reconociendo la multifactorialidad de los fenómenos asociados. Reconociendo la relación con la historia de las mujeres como sujetos sociales y la necesidad de dar cabida a sus propias voces, sus subjetividades, significados y simbolismos que expresan su entender, su lugar en el mundo y su relación con los otros. En este contexto, el concepto de malestar da cuenta de un quiebre en el dualismo salud/enfermedad, ya que se refiere a los sufrimientos psíquicos y emocionales de las mujeres como consecuencia de su condición de género. Lo que significa que al hablar de éste lo hacemos desde un punto de vista teórico e ideológico que hace referencia al estatus histórico que ha debido ocupar la mujer, y los modelos productores de factores de riesgo para la salud mental de éstas, otorgándole dimensiones más amplias en donde lo sociocultural e histórico adquiere mayor significado en la construcción de la subjetividad femenina y masculina, (BURIN, 1990 EN GRELA Y LÓPEZ, sf; PAHO/WHO, 2002).

2.4 EL MALESTAR DE LAS MUJERES.

2.4.1 Historia.

Al revisar la historia encontramos como han sido denominados los malestares de las mujeres a través de los diferentes períodos, así en el medioevo las mujeres, generalmente pobres y ancianas, depositarias de la sabiduría popular y sanadoras del cuerpo y el espíritu legitimadas por la comunidad, fueron salvajemente perseguidas, hasta la muerte, como una forma de reprimir su capacidad de desarrollo e influencia social. Mas tarde en la edad moderna, las “Históricas”, jóvenes burguesas, que a través de su sintomatología ponían de manifiesto el encierro social y cultural de que eran objeto, constituían un curioso tema de estudio psiquiátrico. Actualmente, las mujeres de diferentes estratos socioeconómicos, edades y ocupaciones, manifiestan a través de la depresión, los estados ansiosos y otros trastornos, sus malestares. En cada momento histórico la forma de enfrentar este malestar femenino ha

sido influenciada por el contexto social. Sin embargo, es clara la intención de persecución y anulación de las expresiones de displacer de las mujeres, ya sea la caza de brujas, el encierro en manicomios o la medicalización. Así también encontramos a las mujeres buscando construir espacios de transformación de sus pesares en acciones que les permita ser escuchadas y valoradas. Un largo y difícil camino que ha significado, no obstante los logros alcanzados, una recarga emocional y psicológica que constantemente deben estar equilibrando. En la cotidianidad de la vida de las mujeres la asimetría en las relaciones de género tienen una influencia en su subjetividad que genera sufrimiento y displacer, por ello es importante considerar lo particular de cada historia, si bien es cierto que existe una historia común a las mujeres, ya que comparten la condición de género, existen diferencias que están determinadas por la clase social, étnica y de desarrollo individual y que según el contexto, construyen cada identidad. Aunque los modelos de masculinidad y feminidad han ido sufriendo cuestionamientos por una parte de la sociedad, así consta al menos en buena parte de los discursos, aquéllos han marcado profundamente las relaciones entre las personas y el cambio necesario para dejarlas en un plano de igualdad se dificulta y aun son causa de malestar en las mujeres, (GRELA Y LOPEZ, sf; SAGOT, 2000).

2.4.2 Violencia y Sexualidad Femenina

Las diferencias significativas en la construcción y el ejercicio de la sexualidad entre mujeres y hombres, para ella centrada en su rol reproductivo; el placer permitido para él, ha posibilitado la negación del derecho a una sexualidad femenina placentera. “La sexualidad constituida como uno de los elementos vitales para el control social (la sexualidad es una construcción histórica-social, no natural), instituyéndose como pieza política clave de regulación social de mayor eficacia práctica y simbólica” (Foucault, Historia de la Sexualidad,1979), no tiene las mismas prohibiciones, actitudes y connotaciones para lo femenino y masculino, lo que se ha definido como la doble moral sexual, en la cual le es permitido a los hombres la manifestación del deseo, el conocimiento y experiencia en materia sexual, avalando una actitud activa. En tanto las mujeres, deben adoptar un rol pasivo, de ocultamiento de sus necesidades y deseos sexuales, considerándose una trasgresión a las normas el anhelo de mayor conocimiento de su erotismo y control de su cuerpo, limitándola a ser un instrumento de placer, (FOUCAULT EN GRELA Y LÓPEZ, sf).

Esta realidad en el ámbito sexual, que no es un dato menor, constituye uno de los pilares del sufrimiento de las mujeres que indudablemente repercute en su salud mental, ya que se le niega el desarrollo a un espacio que forma parte de una integralidad del ser sujeto. Si llevamos lo anterior al contexto de las relaciones de pareja en donde existe violencia, nos encontramos con que el sufrimiento femenino puede llegar a estados patológicos. Vivir su sexualidad desde la subordinación y la anulación de sus propios deseos y necesidades, como objeto de placer para el otro; sin derechos ni control sobre su cuerpo (violaciones, coito forzado, presión psicológica, embarazos no deseados y/o infecciones de transmisión sexual), van minando su capacidad de sentir y conseguir vivir una sexualidad satisfactoria, llegando incluso, a la negación de ésta, lo que se expresa en diversas disfunciones sexuales

como la disminución de la libido, anorgasmia, entre otras. Sin embargo, aunque la asociación entre violencia y trastornos mentales femeninos está cada día más documentada, la relación entre éstas y las alteraciones en la salud sexual y reproductiva femenina es menos conocida, constituyéndose en un campo de interés para la investigación, (ARTILES, sf; HEISE, 1999; SAGOT, 2000).

En consecuencia, este trabajo pretende explorar en la subjetividad, representaciones e ideologías femeninas acerca de la identidad tradicional de género; el significado de ser sujeto desde la perspectiva de vivir para y a través de los otros y, la relación que estas dimensiones tienen con la violencia doméstica y la salud mental de la mujer. Además, otro aspecto, no menos importante, es indagar, a través del análisis del discurso de los diferentes sujetos que se ubican en instituciones encargadas de acoger y brindarles atención. Las percepciones, construidas individual y colectivamente, que poseen acerca del fenómeno de la violencia de género y los múltiples factores que la gatillan y las consecuencias que ésta tiene en la salud mental de las mujeres. Por último, desde esta perspectiva, intentar clarificar como sus propias subjetividades e ideologías influyen en la interacción con estas mujeres, facilitando o entorpeciendo la atención y apoyo a ellas y sus familias.

3. MATERIAL Y MÉTODO.

3.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó un estudio exploratorio no probabilístico, que abordó el tema de la salud mental de las mujeres y su relación con experiencias de violencia privada que se ejerce en razón del género. Se indagó en las subjetividades y experiencias particulares de mujeres de diversas etapas del ciclo vital individual, con y sin violencia reconocida y en las percepciones construidas colectivamente de un grupo de profesionales y funcionarios de la salud y de la Red de Violencia Intrafamiliar involucrados en la atención a mujeres con esta problemática.

Este estudio correspondió a la parte cualitativa de una investigación cualicuantitativa, cuya etapa cuantitativa se denomina “Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad”, (ARCOS Y COLS., 2006). De la información generada cuantitativamente se obtuvo el catastro de mujeres en control en el Programa de Salud Mental (PSM), el que sirvió como base de datos para seleccionar, de acuerdo a los criterios de inclusión, a aquéllas que serían invitadas a participar como sujetos de estudio en la etapa cualitativa.

3.2 DISEÑO METODOLÓGICO.

A partir de los objetivos de esta investigación, se hizo necesario su abordaje desde el paradigma cualitativo para ahondar y comprender mejor los significados y representaciones de un grupo de mujeres con diagnóstico de trastornos del ánimo, en control en el PSM. Posterior a la prueba de detección de violencia se seleccionó un grupo que refirió violencia doméstica y otro que dio negativo para violencia. De este modo, se utilizó la entrevista en profundidad para intentar recuperar “la voz de quienes padecen”, a través de sus historias de vida, considerando a éstas como un instrumento válido para explorar en la subjetividad, constituyéndose en una posibilidad cierta de construcción y reconstrucción de la experiencia, a partir de sus relatos. Por otro lado, la información aportada por los grupos focales, evidentemente amplía el campo del conocimiento, dando lugar a una mejor comprensión de los problemas de salud y sus dimensiones socioculturales, permitiendo aproximarse a aspectos tan sensibles e íntimos como son los malestares de las mujeres, la relación de pareja y cómo perciben y abordan estos temas los y las diversos profesionales, visualizado a través de sus discursos y desde los programas institucionales, (AMEZCUA Y COL.,2002).

3.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

3.3.1 Localización y criterios de inclusión.

En una primera etapa se realizaron cuatro grupos focales, los que estuvieron constituidos por profesionales, funcionarios y administrativos del Consultorio Municipal de la comuna de San José de la Mariquina, provincia de Valdivia, región de Los Lagos. Al establecer los objetivos de esta investigación se consideró explorar en los significados, representaciones y percepciones que tienen los equipos de salud, y las redes de violencia intrafamiliar- en tanto actores sociales responsables de brindar apoyo instrumental y funcional- sobre la génesis y consecuencias de la violencia doméstica. Al mismo tiempo, descubrir en su discurso si aquéllas están influidas por estereotipos y estigmatizaciones acerca de estos temas y cómo esto determina su accionar con estas mujeres. La selección se hizo buscando reunir una muestra estructural (sin significación estadística), que indicara que los diversos perfiles de los sujetos de estudio, estaban conformados por individuos que representaban al estamento al que pertenecían. La característica que les daba homogeneidad era el de pertenecer a instituciones que atienden a mujeres, particularmente con relación a la violencia doméstica y trastornos de ansiedad y depresión. Los integrantes fueron invitados a participar en forma escrita y personalmente, explicándoseles los objetivos del estudio, (PRIETO Y COL., 2002).

3.3.2 Criterios de inclusión para los Grupos Focales.

- I. Profesionales médicos y no médicos pertenecientes al PSM.
- II. Paramédicos y funcionarios administrativos del Consultorio.
- III. Técnicos paramédicos de postas rurales adscritas a dicho Consultorio.
- IV. Pertenecer a la Red de Violencia Intrafamiliar de la mencionada comuna. En esta Red participan personas pertenecientes a distintas entidades públicas y privadas, tales como, juzgados, carabineros, salud y educación.
- V. Acceder voluntariamente a participar en el estudio.

Una segunda etapa correspondió a nueve (9) entrevistas en profundidad individuales realizadas a mujeres seleccionadas desde los registros del Programa de Salud Mental del Consultorio mencionado anteriormente, posterior a la prueba de detección de violencia. En principio se consideró entrevistar a diez mujeres. Sin embargo, una paciente no acudió a la cita. Fue invitada telefónicamente en dos oportunidades más y pese a acceder en esa instancia, el día de la cita, no acudió. Cabe mencionar que en ambas oportunidades se mostró reticente a participar porque se abordaba el tema de violencia. Esto se interpretó como temor a las

consecuencias que esto podría traer a su vida personal y familiar. La invitación a participar se hizo en forma personal y verbalmente, para lo cual se realizaron visitas domiciliarias y/o llamados telefónicos, explicando los objetivos del estudio. En algunos casos, la paciente, escogida con anterioridad y según los criterios establecidos, consultó espontáneamente y en esa oportunidad se hizo la invitación.

3.3.3 Criterios de inclusión para las entrevistas en profundidad.

- I. En control en el Programa de Salud Mental del Consultorio de San José.
- II. Diagnóstico de depresión y/o trastornos ansiosos realizado por el equipo del PSM del Consultorio.
- III. Con pareja actual o separación reciente.
- IV. Haber participado en la etapa cuantitativa de la investigación y sometida a la prueba de tamizaje de Valoración de Violencia (Abuse Assessment, elaborado por Mc Forlan y validado por Norton), (ARCOS Y COLS., 2006).
- V. El 50 % de las participantes debía tener antecedentes de violencia doméstica. Y, 50% no referir violencia en ninguna de sus manifestaciones.
- VI. Que representaran, idealmente, todas las etapas del ciclo vital individual. Finalmente, participaron mujeres correspondientes a adulta joven, adulta media y adulta mayor. No se incluyeron adolescentes ni de la cuarta edad por no existir pacientes de esas edades en el PSM de dicho consultorio de salud. Se establecieron los ciclos vitales individuales, basados en la definición de Ramón Florenzano, (FLORENZANO Y COL., 2003).
- VII. Acceder voluntariamente a participar en el estudio.

3.4 PRUEBAS PILOTO.

Previo a la recolección de los datos primarios, entre Septiembre y Noviembre del 2004, se realizaron pruebas piloto tanto para los grupos focales como para las entrevistas en profundidad. Los sujetos de estas pruebas fueron seleccionados de acuerdo a los mismos criterios utilizados para la muestra definitiva. Se escogieron cuatro mujeres desde los registros del Programa de Salud Mental del hospital de la comuna de Los Lagos, cuya población tiene características sociodemográficas similares a la que atiende el centro de salud de San José. El grupo focal piloto estuvo conformado por integrantes de la Red de Violencia Intrafamiliar y una integrante del programa de salud mental de dicha ciudad. No participó el/la representante judicial.

3.5 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS.

La recolección de la información se hizo, en una primera etapa, a través de cuatro grupos focales que tuvieron un rango de de 6 a 8 participantes, además de un asistente y la investigadora, quien hizo el papel de moderadora. Cada sesión tuvo una duración en promedio de 90 minutos, y fueron realizadas en una sala de reuniones del Consultorio de San José, entre los meses de Octubre y Noviembre del 2004. La discusión fue guiada mediante una pauta elaborada con la intención de mantener y estimular la conversación de las y los participantes dentro de los tópicos establecidos por los objetivos de la investigación. Se registró en cintas de audio y notas escritas.

Posteriormente, se efectuaron entrevistas en profundidad, en las que cada mujer, individualmente, relató su historia de vida. Aquéllas se llevaron a cabo en una sala de reuniones del Consultorio de San José, facilitada para ese efecto, y que contó con la necesaria privacidad para la tranquilidad de las pacientes. Este proceso se efectuó entre Enero y Febrero del 2005. Se requirió sólo de una sesión por paciente, con una duración promedio de 50 minutos cada una, hasta el punto de saturación teórica. Se consideró, además, para el número de entrevistas por sujeto, las alternativas y facilidades de accesibilidad al consultorio de cada una de ellas, puesto que la mayoría de las mujeres provienen de sectores rurales, a lo que se suman las dificultades económicas para su traslado. Esto último se había considerado previamente, al presentar el proyecto de investigación. Antes de iniciar la entrevista, se presentó y leyó a cada sujeto de estudio un acta de consentimiento informada, cuyos términos fueron aceptados y firmada por ambas partes. Además, se utilizó una pauta de entrevista que contenía los tópicos de la investigación, con la finalidad de darle integración al relato y evitar la dispersión, manteniéndolo en los márgenes fijados por los objetivos del estudio. Se hicieron registros grabados y escritos de cada entrevista.

Los datos secundarios se recogieron mediante revisión bibliográfica. En último término cabe señalar que, a modo de validación de la investigación, se trianguló a través del análisis y comparación con resultados de otras investigaciones en salud mental y violencia doméstica.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

La información obtenida de los grupos focales y grabados en cintas de audio, se transcribió textualmente, en forma rigurosa, para su posterior análisis. Se complementó con las notas tomadas en el transcurso de las sesiones. Luego, se codificaron los datos en función de las dimensiones y categorías de análisis esperadas y emergentes. La etapa de análisis del material fue un proceso no exento de dificultades, dado las características de los datos, en tanto producto emanado de las subjetividades, representaciones e ideologías subyacentes en

los discursos de los sujetos investigados y, por cierto de la investigadora, (AMEZCUA Y COL., 2002).

Luego, se trabajó de manera similar con las entrevistas en profundidad, revisando también las notas tomadas en el desarrollo de cada entrevista, de modo que cada lapso, silencio, llanto o gesto significativo, tuviese la interpretación adecuada. Se hicieron varias lecturas al texto generado para definir las dimensiones y categorías de análisis presentes en él, tanto las preestablecidas de acuerdo a los objetivos de la investigación como las que fueron emergiendo de cada una de ellas.

Podemos afirmar que el tratamiento del material estuvo, en sus inicios, signado por tres obstáculos señalados por de Souza Minayo. Estos son: la “ilusión de transparencia” definido por Bourdieu, lo que se refiere a “la comprensión espontánea, como si lo real se mostrase nítidamente al observador”. “La impresión de familiaridad”, del investigador con el objeto, lleva a “creer aprehender las significaciones de los actores sociales y sólo se consigue proyectar la propia subjetividad” (BOURDIEU, EN DE SOUZA MINAYO, 1997); luego, la amplia gama de técnicas y métodos disponibles que posterga lo esencial de la investigación: “las significaciones presentes en el material y referidas a relaciones sociales dinámicas”; por último, y como bien señala la autora citada, lo particularmente difícil de aunar teoría y datos recogidos en campo, (DE SOUZA MINAYO, 1997).

Para analizar e interpretar la información emanada de los grupos focales se trabajaron los textos producidos, a través del análisis del discurso, considerando que éste es “un fenómeno práctico, social y cultural”, en el que los sujetos realizan actos, interaccionando socialmente, en diversas formas de diálogos. Esta interacción, a su vez está inserta en un determinado contexto sociocultural, (VAN DIJK, 2000).

En relación a este estudio interesó descubrir cómo a través del lenguaje se evidencian las “prácticas sociales, políticas y culturales” dentro de las instituciones, en este caso del área de la salud; indagar en las percepciones construidas colectivamente y como sujetos en una posición de poder y responsables de la administración de terapias y soluciones jurídicas. De acuerdo a esta necesidad, en nuestro análisis, es importante tener en cuenta lo que dice Van Dijk al respecto. “A muchos niveles, las estructuras sociales (en cualquier ámbito), son condiciones para el uso del lenguaje, esto es para la producción construcción y comprensión del discurso”. A su vez, éste en diversas formas, “construye, constituye, cambia, define y contribuye a las estructuras sociales”. Y, por último, el discurso es representativo de partes de la sociedad. Es así como el discurso tiene un rol fundamental en la construcción de relaciones entre grupos, en la expresión, producción y reproducción de conocimientos, ideologías, normas y valores que comparten los diversos grupos sociales. Por tanto, “la relación entre discurso y sociedad no es directa, sino mediada por la cognición compartida de sus miembros sociales”, (VAN DIJK, 2002).

Para trabajar el material recogido mediante entrevistas en profundidad, se eligió el método de Análisis de Contenido, dado que permite relacionar los significantes (semántica) con los significados (aspectos sociológicos), articulando el texto con variables psicosociales; el contexto y proceso de producción del mensaje, los que condicionan sus características. Dentro de este método se consideró que la técnica de Análisis de Enunciación, dadas sus características, era la forma privilegiada para tratar los datos de la investigación cualitativa en salud, particularmente de las entrevistas en profundidad, por tratarse de un discurso dinámico donde “lo espontáneo y la presión ocurren en forma simultánea, donde la elaboración se crea al mismo tiempo como expresión del inconsciente y construcción del discurso”, (DE SOUZA MINAYO, 1997).

El primer paso, en el caso de las entrevistas en profundidad, fue establecer el Corpus: Para ello se realizó una entrevista por sujeto, hasta llegar al nivel de saturación teórica. En cada una de ellas se abordaron en profundidad los aspectos centrales de la investigación. Luego, en la preparación del material cada entrevista se transcribió exhaustivamente, transformándose en un texto a ser trabajado. Se consideraron los silencios y otros elementos atípicos como partes significativas, esto último fue registrado como material de apoyo mediante notas escritas en el transcurso de la entrevista. Luego, se hizo el análisis lógico, que estuvo basado en la observación del encadenamiento de las proposiciones, seguido del análisis secuencial que dice relación con la forma cómo está construido el texto: ritmo, progresión y ruptura del discurso. Por último, se consideraron los elementos atípicos y las figuras de retórica presentes en cada texto.

3.7 DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

Las dimensiones y sus respectivas categorías de análisis se establecieron de antemano, de acuerdo a los objetivos del estudio. No obstante, se rescataron de los discursos, categorías emergentes, que eran relevantes en el contexto de la investigación, de acuerdo a esto tenemos:

3.7.1 Dimensiones y categorías de análisis establecidas:

- **Violencia Doméstica:**
 - Conceptualización y manifestaciones de la violencia.
 - Expresiones de la violencia doméstica en los diferentes ciclos vitales de las mujeres.
- **Salud mental:**
 - Depresión y trastornos de ansiedad
- **Relación violencia doméstica-salud mental y desarrollo personal de la mujer.**

- Estigmatización
- Género :
 - Identidad de género y transmisión del modelo.
 - Relaciones de género y ejercicio del poder en la pareja.
 - Valoración de la maternidad.
 - Otreidad.
- Visión del equipo de salud y Red en relación a programas existentes.
- Eficacia de terapias, apoyo social y soluciones jurídicas.
- Factores facilitadores y/o limitantes en su interacción con mujeres víctimas de violencia.

3.7.2 Dimensiones y categorías de análisis emergentes:

- Dimensiones socioculturales y económicas:
 - Condición socio-económica.
 - Precariedad laboral.
 - Nivel de escolaridad y deprivación intelectual y sociocultural.
 - Alcoholismo.
 - Ruralidad, etnia y racismo.
 - Familia uniparental.
 - El rol de la Religión.
- Cambios necesarios a nivel institucional y/o personal.

4. RESULTADOS.

4.1 DESDE EL DISCURSO DE LOS GRUPOS FOCALES.

4.1.1 VIOLENCIA DOMÉSTICA.

4.1.1.1 Conceptualización y manifestaciones de la violencia.

Un primer paso al analizar los discursos de profesionales y funcionarios de la salud y otras áreas que constituyeron los grupos focales, fue determinar cómo y basados en qué experiencias individuales y colectivas conceptualizan y se acercan a la problemática de la violencia de género y sus consecuencias. Por una parte los integrantes de la Red de Violencia Intrafamiliar lo hacen desde distintas ópticas, por la diversidad de profesionales que la integran. De este modo tenemos a quienes se aproximan desde su labor cotidiana con niños/as, jóvenes, madres y apoderadas. Por otra, funcionarias/os sanitarias/os, tanto del sector urbano como rural lo hacen desde su desempeño directo con mujeres y hombres que consultan en el Consultorio de la comuna.

El grupo de profesionales del área médica, algunos de los cuales además, integran el equipo de Salud Mental del mismo centro de salud, se sitúa en una primera línea, lo que las coloca en un lugar privilegiado para aproximarse a estas mujeres. Del mismo modo lo hace el funcionario uniformado que, en esta oportunidad, representó a la institución de carabineros. Desde el punto de vista de una reconstrucción de los discursos elaborados individual y colectivamente por estos sujetos, si bien difieren en su forma de aproximación a estas mujeres, debemos considerar que los modos de abordaje están pensados desde una perspectiva integral, en el caso de la Red de Violencia y Programa de Salud Mental, cuyas directrices se han diseñado en conjunto, respondiendo a los objetivos de Institución creada para acoger y apoyar a las víctimas de la violencia intrafamiliar.

Mientras que para las profesionales de la salud su abordaje es intencionado en el interactuar con las mujeres que atienden, por ser éste parte de su rol; los sujetos que lo hacen desde su desempeño como docentes, es más indirecto, puesto que deben interpretar los diversos comportamientos del alumnado como signos de alarma. Evidentemente, esto dependerá de los conocimientos en el tema y/o características individuales de cada uno. No obstante, a través de sus relatos podemos comprender que existe en ellos el conocimiento necesario para detectar signos en la población con la que trabajan, que les posibilita su reconocimiento y desde ahí poder construir los conceptos.

Una forma habitual de aproximación es el relato que les hacen las propias mujeres cuando van a dejar y/o buscar a sus hijos al colegio. Así, conocen de la realidad vivida por estas mujeres, cuando éstas les cuentan de sus enfermedades, las de sus hijos/as u otras dificultades en la esfera del hogar. También, suelen servirles de guía, las reacciones negativas que algunas de estas mujeres muestran – y sus posteriores disculpas- ante críticas y/o recomendaciones hechas por las/los profesores, respecto a sus hijos/as, permitiéndoles vislumbrar situaciones de violencia y/o alteraciones psicoemocionales que gatillan el comportamiento agresivo de la mujer:

“...al otro día llega la mamá, llorando a mares y pidiendo disculpas porque había tenido esa actitud con el niño. Bueno, detrás de eso había todo un drama. Entonces, es con lo que tú te encuentras casi todos los días lunes. No falta la mamá que te llega a contar un drama así. Y, ¿en qué recae? No solamente en la mamá que está pasando el problema, sino que recae en el niño. Y...el niño toca la campana en el colegio. ¿De qué manera? Haciendo desorden, siendo un niño retraído, con malas notas o rebelde...., (Grupo RED VIF- docente)

Reconocen, en sus relatos, situaciones de violencia a través de actitudes y comportamientos de los/las niños/as como por ejemplo; dificultades de aprendizaje, indisciplina, etc., que son un signo de alerta que, potencialmente, esconde condiciones familiares dañinas vivenciadas por estos/as niños/as. También comunican estas situaciones mediante relatos de lo que observan en sus hogares o, más aún, cuando deben tomar partido e intervenir en apoyo de sus madres:

“...generalmente, el niño que es violento es porque tiene violencia en su casa. El niño que tiene una madre que no está bien psicológicamente, es un niño que le cuesta mucho atender, es un niño retraído, que no cumple las tareas...., (Grupo RED VIF - docente)

Desde la visión de las profesionales de la salud, reconocen que, en la medida que adquieren experiencias en su labor clínica, se han ido sensibilizando respecto a las consultas reiteradas de las mujeres. Esto les facilita estar alerta ante los síntomas y signos que presentan al momento de consultar. De igual modo, han constatado que la mayoría de las personas que ingresan al programa de salud mental, también terminan siendo atendidas por violencia intrafamiliar:

“...uno va afinándole ojo clínico, en el sentido de que estas señoras consultan y consultan por distintas patologías no atribuibles a nada orgánico.....ver para atrás la ficha y ver ¿qué pasa aquí? Y preguntar directamente...hemos ido perdiendo el temor a preguntar en forma explícita si hay violencia.....y, habitualmente son esas las pacientes que hemos ido pesquisando y que hemos ingresado al programa de depresión. Y a raíz de eso le hemos ido pesquisando la violencia”, (Grupo profesionales - médico)

Por otro lado, otros sujetos que se ubican en Instituciones como carabineros, su conceptualización de la violencia se basa en los relatos de las mujeres que acuden a estos centros a efectuar denuncias por malos tratos, en los cuales descubren las distintas caras que toma la violencia doméstica. Por ello, en su discurso se reconoce como maltrato, en general, al que es evidente por las lesiones físicas, visibles y por tanto, objetivables. No obstante, también consideran el maltrato psicológico como daño importante ocasionado a la mujer:

“.....En cuanto a los maltratos psicológicos, que es la violencia intrafamiliar, se ve todos los días, 4 o 5 casos al día, algunos con lesiones. Maltrato psicológico.especialmente las mujeres. Las cortan los hombres.....Los niños, muy escasos.....Físicamente resultan lastimados, la esposa, conviviente. A veces entre hermanos, entre padres e hijos”, (Grupo RED VIF - carabinero)

En general, construyen el concepto de violencia desde la evidencia física, en situaciones concretas representadas por el contacto con mujeres con lesiones visibles de agresión, como hematomas en la cara, contusiones, quemaduras. La mayoría describió una o más episodios en que habían constatado lesiones visibles de diferente magnitud:

“...en los cuales yo vi a las mujeres agredidas, ojos negros, piel amoratada, las contusiones se veían a leguas....el marido le pegaba en la mañana y en la tarde....”, (Grupo Rural).

Otro elemento reconocido para conceptualizar se relaciona con relatos espontáneos de las víctimas e información aportada por vecinos de estas mujeres, que cuentan lo que ven o escuchan de la violencia vivida por estas mujeres:

“...Ella me contó toda su historia, que el marido le pegaba, todos los días, la mujer ni comía, estaba flaquísima, tenía moretones....., (Grupo Rural).

“te cuenta todos sus problemas,... uno la aconseja, trata de ayudarla lo máximo, dentro de las posibilidades que uno tiene”, (Grupo Rural).

Sin embargo, desde los relatos de otro grupo de funcionarios, no es fácil definir el concepto violencia. Esto porque, en su diaria labor en el Consultorio de salud, no tienen la responsabilidad de brindar atención directamente a mujeres con problemas de violencia. Se trata de técnicos paramédicos de otras unidades y funcionarios que realizan tareas administrativas (dar horas, buscar fichas clínicas información en general.) Manifiestan que con anterioridad a la implementación del Programa de Salud Mental (Prosam), el contacto era

mayor, debido a que no existía la compartimentación ni el sistema de derivación actual. Sin embargo, en algunas ocasiones, que dicen ser pocas, les es dado interactuar con estas mujeres cuando acuden a solicitar otro tipo de atención en salud. Es en esos breves momentos en donde han podido conocer de situaciones de violencia en mujeres, a través de la visualización de lesiones físicas y/o conmoción emocional. Relatan que otra forma de conocer de esta problemática, es a través de vecinos:

“...la verdad es que por violencia intrafamiliar, son bien pocas las personas que llegan consultando y exponiendo que ese es el problema que traen. Lo normal, lo que mas vemos nosotros, es ver que la paciente o viene llorando o viene muy depresiva....por ejemplo, yo a mi colega en mas de una oportunidad le he dicho:”oiga a esta abuelita tiene una cara de que algo le pasó porque, tiene muchos moretones...”, (Grupo Urbano).

El concepto de violencia y sus diversas formas de expresión la enmarcan en el contexto familiar, porque su experiencia les ha mostrado que ocurre en el seno del grupo familiar, y porque en su ambiente laboral es la denominación que recibe. No obstante, reconocen que la mayoría de las veces es ejercida contra la mujer, alimentada por la asimetría en las relaciones de género que, muchas veces, involucra a otros actores dentro de la orgánica familiar:

“...las mismas personas que llegan con violencia intrafamiliar, que les pega el marido, que les ha rociado agua caliente....ahora estoy curando a una señora....”, (Grupo Rural).

“...en mi sector, tengo harta violencia intrafamiliar, por el alcohol...maltrato a los niños, por los mismos problemas de la pareja...”, (Grupo Rural).

...”básicamente, aquí preguntan mujeres, no conozco de ningún hombre que halla preguntado por violencia intrafamiliar...”, (Grupo Urbano).

Es factible que se encuentren con que la situación se de a la inversa y sea el hombre el agredido –a veces como una respuesta de la mujer a la violencia ejercida en su contra, aunque en contadas ocasiones. Esto último, no lo pueden cuantificar fehacientemente, ya que perciben que el hombre no se atreve a denunciar. Esto se debería al temor al escarnio público en tanto sujetos masculinos con un prestigio que cuidar:

“claro, (la mujer) también se defiende...Y, hay casos en que el hombre es el afectado. O sea, la mujer es violenta y el hombre pasivo y recibe sus combos....parece que muchos no denuncian, porque les da vergüenza. Son los menos, pero igual hay...”, (Grupo RED VIF - carabinero).

El relato de un funcionario esclarece bastante la forma en que han construido el concepto, no exento de un tinte prejuicioso y superficial, en el sentido de aceptar lo visible como único dato válido y por supuesto donde la mujer es la victimaria:

“yo, no hace mucho conocí el caso de una vecina que le pega a su hijo.....de una forma brutal...era una vecina mía....se nota que es súper mañosa, porque al ver la forma de ser de la persona, yo pienso que es violenta....”, (Grupo Urbano).

4.1.1.2 Naturalización e invisibilización de la violencia.

Un aspecto importante que aparece en los relatos es lo que observan en la interacción cotidiana con los habitantes de la comunidad, y que se refiere a la tendencia, tanto de agresores como víctimas, a invisibilizar la violencia, negándola o naturalizándola, considerándola un elemento habitual en la relación cotidiana de una pareja:

“...Siempre tienen una razón de porqué las golpean”... (Grupo Rural).

“..le pregunté que le había pasado....ella negó todo, defendió a su marido...y se enojó conmigo, me retó, o sea como un masoquismo....”(Grupo Rural).

Desde su experiencia con estas mujeres y sus parejas, observan como los comportamientos y actitudes de éstos justifican la violencia como una forma natural y hasta necesaria de relacionarse entre sí que tiene como base el modelo imperante culturalmente, englobando en esto, no sólo la dominación masculina, sino que también, al silencio y ocultamiento, de estos hechos, dentro de los márgenes del mundo privado. Reconociendo que la violencia de género no es un fenómeno nuevo o, que esté en aumento, al contrario, existente desde tiempos inmemoriales y que, por diversas razones ha ido saliendo a la luz pública:

“...cuando uno ve las parejas que manda el tribunal acá, el discurso de los varones, sobretodo: “yo no se pa`que fue a hacer la denuncia, si peleamos como pelean todos los matrimonios”. Absolutamente como una cosa normal. Sin entender tampoco, porque los mandan para acá”, (Grupo Profesionales - PSM).

“...creo que hay, todavía, una pugna bien fuerte, entre lo que es la validación de la violencia, que por lo tanto, no se denuncia, porque es válida, por esta otra cosa que está empezando a destaparse. Yo no creo que haya aumentado la violencia....siempre ha estado, con la diferencia que ahora la gente se atreve a denunciar”, (Grupo Profesionales - PSM).

Otro elemento que refuerza la validación de la violencia, es la misma justificación que de ella hacen las propias víctimas. Según sus relatos, variadas pueden ser las razones que influyen para que las mujeres agredidas tengan este discurso, pero, sin duda, los hijos, el asunto económico, son un elemento clave que las lleva a justificar el comportamiento agresivo de sus parejas. Esto en un intento por comprender y poder soportar la realidad que viven:

“... también tratan de buscar alguna justificación médica...muchas pacientes me preguntan:”dígame que está enfermo ¿no estará esquizofrénico? ¿No tendrá alguna otra cosa? Dígame que está enfermo para poder tener una razón para poder seguir,” (Grupo RED VIF - salud).

De acuerdo a estas/os profesionales, esta actitud de la mujer víctima se nutre de su experiencia personal, inmersa en los ciclos de la violencia, en los cuales, el agresor muestra alternativamente, facetas amables y violentas. Esto responde a la necesidad de la mujer de contar con un punto de referencia –su pareja/marido, luego que todo a su alrededor–al menos lo que para ella es válido–se ha desmoronado producto de la violencia sistemática.

“en el fondo, ahí hay una justificación detrás:”es que venía...estaba ebrio. O sea, el no estaba bien cuando me pegó. No es que me hubiese querido pegar. No lo hizo por querer”... (Grupo RED VIF - salud).

Refuerza lo anterior, la negación o minimización, por parte del hombre, de los episodios violentos. Lo que ha vivenciado, estos profesionales, cuando han asistido al proceso de denuncia, en el que deben enfrentarse los protagonistas. Es claro, para este grupo, que existe un desconocimiento de las otras formas de violencia, ya que no reconocen, agresores y, muchas veces, las mismas agredidas, más que sus manifestaciones físicas:

“..O de repente el hombre:”si yo a esta mujercita nunca le he pegado ¿no es cierto? ¿Te he pegado alguna vez?” O sea, cuando se la enfrenta. Oye ¡hay todo un daño psicológico, una descalificación hacia la mujer! (Grupo RED VIF - salud).

Una vez mas, aparece en su discurso, la carga sociocultural respecto a las relaciones de género desiguales y la naturalización de la violencia. Lo que permite y valida formas agresivas de relaciones, que han regido históricamente las relaciones entre sujetos:

“...antes, en el campo, aceptaban que el marido las estropee....porque del matrimonio era algo normal. (Grupo RED VIF - carabinero).

La siguiente frase ilustra la percepción que estos sujetos tienen acerca de la influencia de las ideologías patriarcales y que representa cómo están contruidos y asignados los roles, e internalizados por cada miembro de la sociedad, sin cuestionarlos:

“..Cuando ella era golpeada, nadie daba a favor de la mujer...pero, cuando el hombre fue el golpeado, toda la familia de él se fue contra la mujer...”, (Grupo Rural).

Según los relatos de estos funcionarios, es común reconocer que en ocasiones las mujeres agredidas responden con la misma violencia, hacia el agresor o, incluso, los hijo/as, que interpretan como un intento de resolver conflictos en los mismos términos, de la misma manera, favoreciendo el enquistamiento de la violencia dentro de la familia. Lo anterior, lo atribuyen a la desconfianza de la mujer de obtener ayuda efectiva de las instancias de apoyo existentes:

“Tanto la colmó el marido que ella un día agarró una olla de agua caliente y se la tiró, Lo quemó”, (Grupo Rural).

“...le dije, vaya a hacer la denuncia. Me dijo: “qué saco de ir a hacer la denuncia si lo van a dejar viviendo bajo el mismo techo. Mas me va a pegar”, (Grupo Rural).

“.... En relación del manejo hacia los niños... al niño lo educan para agredir al padre mas adelante. Muchas veces. O, ellas son muy maltratadoras. Así como mi marido viene y me golpea a mí, porque yo lo hice mal. Entonces, yo también lo hago con mis hijos y me descargo en ellos”, (Grupo profesionales - PSM).

Destacan que la violencia no sólo se circunscribe al ámbito familiar. Hay una violencia social natural que se expresa y refuerza en la interacción social habitual entre los habitantes de las zonas rurales de las que forman parte:

“...Hay violencia, no sólo familiar, del matrimonio, sino que entre familias. Incluso llega al asesinato....han muerto a cuchilladas, a palos, mordidos de animales....agarran lo que tienen a mano”, (Grupo Rural).

4.1.1.3 Tipos de violencia.

En la identificación de los tipos de violencia contra la mujer, las formas más habituales que refieren son la física, que descubren al visualizar las lesiones en las víctimas, la sigue la

psicológica, que se expresa en palabras despectivas y desvalorización de la persona. Para estos agentes, las mujeres están obligadas por sus parejas a soportar y subordinarse al abuso emocional por la necesidad de dinero para la crianza. Esto se traduce en frases referidas al aspecto físico de la mujer y la escasa o nula valorización de su trabajo dentro o fuera del hogar. Muchas veces están involucrados los niños en la justificación del acto de violencia emocional. El comportamiento inapropiado de los hijos es responsabilidad de la mujer:

“..O sea, el marido chantajea: que no te voy a dar plata..., no vas a hacer esto...”, (Grupo Rural).

“...mira que estás guatona,...que te ves fea, quién te va a”....son cosas del diario vivir...De repente ellas logran algo, pero (ellos) no valoran lo que ellas hacen”, (Grupo Rural).

“en mi sector, la que mas se ve, es la (violencia) psicológica de las mujeres...el chantaje emocional, lo físico vendría después”, (Grupo Rural).

Los relatos de los funcionarios urbanos concuerdan con lo expresado por el grupo rural, en relación a las diversas manifestaciones de la violencia. Aunque su forma de aproximación es mas bien circunstancial, a partir del relato de las víctimas, el que obtienen cuando la mujer llega a solicitar atención médica en evidente estado de alteración emocional. Para ellos la violencia tiene que ver con factores económicos. Desde esta visión la agresión psicológica es reconocida como la presión económica por parte de la pareja. Pero además, la dificultad para que la mujer se desarrolle personalmente, como sujeto de derecho, lo que está condicionado por la situación socio-económica y el rol tradicional de cuidadora de la familia. Opinan que esto finalmente, conduce a expresiones de violencia física, agravando el cuadro:

“La típica es una violencia psicológica. Es una presión que la tienen en la casa (las mujeres), la imposibilidad de hacer una y mil cosas....No siempre es violencia, que el marido no les da plata, sino que es el medio. O sea, ella quiere hacer cosas y no puede, que tiene que cuidar a la mamá, que tiene que cuidar al hijo, que la sobrina, que la hermana de una amiga que viene. No puede hacer su vida en ningún sentido....Sí, con el tiempo se ve que llegan a una violencia física. Obviamente, hay una violencia económica...en una casa cuando hay uno solo que trabaja hay una limitación de sueldo bien grande. “, (Grupo Urbano).

En los relatos de la Red y profesionales de la salud, la violencia la perciben en sus manifestaciones físicas y psicológicas como las mas fáciles de detectar. La primera porque es visible a simple vista, por tanto es fácil de comprobar por el observador o, en el caso de la víctima y/o el agresor, es difícil de ocultar. La segunda, creen, es posible objetivarla mediante un informe psicológico. Esto no impide que reconozcan que los otros tipos de violencia

existen y ocurren con una frecuencia insospechada. En relación a la violencia económica, el hombre presiona con el tema monetario, negando o condicionando la entrega de dinero necesaria para la manutención del hogar y los/las hijos/as y otros menesteres. Al tratarse de mujeres con dedicación exclusiva al hogar y la crianza de los hijos/as. Esto ejerce una presión que la lleva sin duda, al desgaste emocional y psicológico, con las consecuencias ya previstas para su salud mental:

“...he visto los cuatro tipos...tanto lo físico como lo psicológico, que es como lo mas común, lo que se devela con mas facilidad. Pero, también está lo sexual, que a la mujer le da mucha vergüenza.....saben que es poco probable y va a ser muy difícil probar que su marido la violó....Y, además, lo que es el maltrato económico. O sea, “¿no querís hacer esto? entonces no te voy a dar plata”. “¿querís llevar a tu hijito al médico? ¡Hazme esto! No te voy a dar plata. No te voy a dar plata para que tu cabro vaya al colegio” Eso, igual es una presión que es súper fuerte. Entonces, muchas mujeres se someten porque sus hijos tengan plata, tengan comida. Y, eso pasa con bastante frecuencia”, (Grupo RED VIF - salud).

El relato de una profesional de la salud, destaca la importancia del lenguaje de la violencia. Es un hecho que existen palabras que tienen una carga punitiva, construida en el proceso de socialización de los sujetos y mantenida por una cultura que valida el castigo, principalmente físico, como un instrumento habitual de formación y control:

“...incluso en el lenguaje, acá, se mantiene. Porque cuando yo le pregunto a las mamás: ¿cómo castigan a los niños?...parece que les estuviera diciendo algo terrible. Me dicen:” ¡es que yo no les pego!”...está como enraizado, esto del castigo asociado a golpes. Creo que no me ha fallado ninguna que yo le haya preguntado cómo castiga y me haya dicho: “yo no le pego”, (Grupo profesionales - PSM).

Aseguran que la violencia doméstica es reforzada por la violencia social que perciben como un sustrato natural en las relaciones humanas. Porque la forma de interacción habitual, pública y privada, es comunicarse a través del vocabulario grosero y la falta de respeto entre las personas. Esto es frecuente en el ámbito familiar, entre padres e hijos; las escuelas y otros espacios de encuentros sociales. Para ellos existe una trastocación de los valores. Responsabilizan a los padres, principalmente, de la socialización de los hijos, a los que entregan un modelo negativo. Surge como un factor importante para ellos, el nivel de escolaridad que tienen estas familias, lo que redundo en un lenguaje precario. Esto lo han vivenciado a diario en su quehacer social, familiar y laboral:

“...el vocabulario soez....la falta de respeto entre personas....la misma madre le saca la madre al hijo....hay una violencia mutua.... Entonces...para el hijo eso es lo normal....”, (Grupo Rural).

“...Se da porque la misma educación es muy pobre... ...porque algunos ni han visto una tiza o una sala de clases...entonces, lo que han escuchado no mas...”, (Grupo Rural).

Los abusos en el plano sexual, reconocen, no son fáciles de detectar ni abordar, por los significados que la sexualidad y su ejercicio tienen en la subjetividad de las personas, por lo que se hace difícil abordar en forma directa. Tanto para los profesionales y/o funcionarios/as encargadas de acoger y brindar atención a las mujeres, como para éstas. Mas aún si las mujeres agredidas viven una realidad en la que no tienen control sobre su cuerpo, sino que es territorio de dominio del hombre, lo que las hace mas vulnerables. Otro componente de los temores de las mujeres, que aparece en los relatos de este grupo, es la credibilidad que su denuncia pueda tener cuando ha habido violación y la vergüenza y pudor que sienten ante el hecho:

“Pero, también está lo sexual, que a la mujer le da mucha vergüenza.....saben que es poco probable y va a ser muy difícil probar que su marido la violó2, (Grupo RED VIF - salud).

“La que mas cuesta pesquisar, es la económica. Pero, siempre está: “es que no me dieron la plata para venir al consultorio” “es que no me dejaron venir y como yo soy de lejos”. En el fondo te está diciendo: no tengo plata, y la controla con eso.”....” La parte de la violencia sexual, cuesta un poquitito mas pesquisarla. Porque da mucha vergüenza. Y, porque además, asumen que por el hecho de estar casadas, el hecho de que las violen, es como parte del matrimonio”, (grupo profesionales - PSM).

También se refieren a la gravedad que puede adquirir las consecuencias de los actos violentos hacia las mujeres, en donde pueden, incluso, ser letales. Aunque discuten que el porcentaje de mujeres muertas a manos de sus parejas no es de gran magnitud, concuerdan en que, quizá, no se ha hecho la relación entre las muertes femeninas y la violencia de género. Por otro lado, sí reconocen que los suicidios y muerte de niños/as son atribuibles a esta violencia doméstica o intrafamiliar. Esto representa, en sus relatos, la conciencia adquirida por estas profesionales y funcionario ante la problemática de la violencia y sus consecuencias:

“.... ni han muerto mujeres, pero han muerto niños”, (Grupo RED VIF)

“.... es que no se ha relacionado, a lo mejor, con la violencia. Pero, igual hay muertes”, (Grupo RED VIF - salud).

Por otro lado, según sus propias palabras, hay tendencia a desconocer la violencia sexual como una expresión de violencia, porque se cree, y acepta, que uno de los roles de la mujer dentro del matrimonio es aceptar sexualmente al hombre, aún si no es su deseo:

“...¿Sexual?...., la gente consulta poco sobre su sexualidad. La mujer como que le da vergüenza esa parte, tiene que haber mucha confianza con uno. (a una mujer), le costó contarle a la misma psicóloga que era violada por su marido. ..Porque cuando ella no quería, él la pescaba a la fuerza.....pienso que no conocemos mucho esa parte....van postergándose ellas mismas....”, (Grupo Rural).

Refiriéndose a un hecho de violación, de público conocimiento, se desprende que, además de lo anteriormente expresado, es manifiesta la actitud pasiva al no actuar aún teniendo una responsabilidad social al respecto, en tanto agentes de salud:

“...En lo sexual, un tío que vive con dos sobrinas,.... Tuvieron hijos con él.....uno no puede meterse mucho ahí.....hay que mantenerse al margen”, (Grupo Rural).

Surge en los relatos las escasas probabilidades que posee la mujer de constituirse en sujeto con derechos sexuales y reproductivos. Su sexualidad es un tema que les está vedado desarrollar y esto parte desde el desconocimiento de su propia genitalidad, sus emociones y sensaciones en ese plano. La sobrevaloración de la maternidad y la idea que el sexo tiene sólo fines reproductivos, para la mujer, contribuyen a la carga de culpa y temor al desprecio si reconoce y exige manifestar su sexualidad:

“Que tiene que haber un conocimiento, de lo que es la sexualidad, de los tiempos. Pero primero que nada, tiene que haber un conocimiento del cuerpo, del punto de vista ginecológico ¡propiamente tal! Porque tú le pregunta a la señora ¿UD. se ha mirado con un espejo? ¡No tienen idea!..... Y, rescatar un poco de que esa visión del placer en la mujer como la prostituta. Yo creo que hay muchos hombres que: ya desde que ya son mamás, ya cumplió su rol y cómo van a estar.....”, (Grupo profesionales).

Este contexto problematiza más aún las relaciones entre la pareja debido a la incomunicación entre ambos e ignorancia en lo referente a la sexualidad, en donde la tendencia es responsabilizar a la mujer, incluso a sí misma, liberando al hombre de la cuota que le corresponde asumir:

“Es que cuando vienen, generalmente vienen con una carga muy negativa. De que yo soy la culpable, que yo soy la frígida, que yo soy la del problema, que él funciona bien. Y resulta que él, ni siquiera sabe donde estimular y los tiempos. Yo le digo que tiene que hablar. Pero de todas formas yo tengo que ponerme del lado de ellas. Yo no puedo empezar a culparlas y decirles no: “oye, que tú eres la tonta que no aprovechas.” Sino que tengo de alguna forma, a ella, rescatarla. Eso es lo que yo pienso que tengo que hacer”, (grupo profesionales - PSM).

Los relatos de profesionales grafican con crudeza los modos de (no) relacionarse en el plano sexual y lo desventajosa que es la posición de la mujer, en la cual opta por ser un ente sin derechos, aceptando con resignación una situación que no le es dado revertir porque no cuenta con las herramientas para ello ó, porque, sencillamente renunció a realizarse en ese aspecto de su vida:

“... ¡Lo que uno escucha! Por contarle algo: yo le pregunto a la señora, ya mayor, si tenía relaciones sexuales, y me dijo que no. ¡Ah! ¿UD es viuda? No, si soy casada. Y, ¿su marido? No, si él tiene. ¡Ah! ya, él tiene otra pareja. No, él tiene, pero yo ¡no! porque yo.....” O sea, ¿me entienden? Ella no hacía nada. O sea, él tenía no mas. Ella no tenía relaciones....” (Grupo profesionales).

Otro aspecto a considerar, según estos grupos, es la precocidad con que muchas de estas mujeres se inician en la actividad sexual, lo que condiciona riesgos no sólo para su salud fisicoorgánica sino que, también, para su bienestar emocional y psíquico. Esto se traduce en relaciones inestables y cambios constantes de pareja que redundan en el desarrollo y satisfacción personal, que tarde o temprano tendrá un costo, ya sea a nivel de violencia doméstica o en la salud mental:

“uno ve que inician su vida sexual muy tempranamente y, van cambiando parejas, continuamente, y eso significa que hay confianzas deshechas, hay frustración. Y, esto, yo creo, que se va acumulando...”, (Grupo Profesionales).

4.1.2 SALUD MENTAL.

Una de las consecuencias, según el discurso de los grupos, que es atribuida a la violencia de género, son los cuadros depresivos que exhiben las mujeres sometidas a ella. Desde sus relatos se desprende que existe una fuerte asociación entre la violencia vivida por estas mujeres al interior de sus hogares, y los trastornos del ánimo que desarrollan en el transcurso de sus vidas. Esto lo experimentan en la práctica cotidiana de su profesión, donde han ido adquiriendo experticia para la pesquisa oportuna, gracias al aprendizaje que ha incluido atreverse a indagar en ámbitos más privados de estas mujeres:

“.....Cuando uno empieza a revisar ¿Quiénes están ingresados en el programa de violencia?, yo diría que mas del 80% de los pacientes, está en los dos programas, (PSM Y VIF). Son las mismas pacientes, con las dos patologías. Además, hay un desmedro en la calidad de vida que genera la depresión. Casi como un desamparo aprendido”, (Grupo RED VIF - salud).

“...indudablemente, que hemos visto, en la práctica cotidiana que hay una relación clara entre la patología física-sin explicación-con el problema de salud mental”, (Grupo Profesionales).

En el discurso de los sujetos investigados existe consenso al reconocer que las alteraciones en la salud mental de las mujeres son un fenómeno que no es nuevo, hablando en términos estadísticos. Dan cuenta de una suerte de destape de la realidad, evidenciada en el mayor número de consultas por estas morbilidades, de un tiempo hasta el presente:

“Bueno, algo les debe estar pasando o, que están apareciendo más o, están tomando conciencia de que esto existe. En términos de magnitud, porque si tú lo comparas con años atrás, la consulta era lo menos, en términos de lo que es salud mental, mínima”, (Grupo Profesionales - PSM).

Las percepciones, significados y representaciones que el grupo de paramédicos de Postas rurales tiene acerca de los trastornos mentales que afectan a las mujeres están construidas no sólo desde su experiencia laboral en el marco de la atención que diariamente prestan a las/los usuarios de la salud, sino que además, desde su calidad de vecinos y/o amigos debido a que forman parte de la comunidad. Para ellos, esto último tiene una doble significación. Por un lado, se crean lazos de confianza, alimentados por la convivencia cotidiana, que en alguna medida facilita su labor, al permitirles detectar -con relativa facilidad- y derivar situaciones de alteración y, por otra parte, esta misma suerte de familiaridad se vuelve en su contra, ya que al intervenir quedan en una situación de vulnerabilidad por la reacción que pudiera tener la mujer y/o su pareja al considerarlo una intromisión en sus asuntos personales. Este punto aparece reiteradamente en su discurso y lo podemos apreciar en las palabras de los protagonistas:

“...aparte de que tú eres el funcionario, eres el amigo, eres el consejero, tienes muchos otros roles...”, (Grupo Rural).

“El hecho de involucrarse mucho, acarrea que la gente ya no te mira con respeto, te miran con recelo.....con el tiempo uno se da cuenta que cada uno”mate su piojo” porque si me involucro, capaz que me aforren...”, (Grupo Rural).

Por su parte, y a diferencia del grupo anterior, el grupo urbano reconoce que su conocimiento del tema es pobre debido a que la injerencia en la problemática es escasa. Su única posibilidad de interacción está dada por los breves momentos en que se acercan las mujeres a ellos en busca de orientación en temas administrativos. Estos funcionarios están conscientes que su lugar de trabajo no es el apropiado para indagar acerca de estos problemas, por la falta de privacidad o, porque sencillamente otros trabajan en otras áreas:

“Antiguamente teníamos mas contacto, nosotros con las personas,.....ahora nosotros...no podemos, a la gente, pasarla ni derivarla directo a médico, ni a hablar con la psicóloga...Porque ellos son los entendidos en el asunto...”, (Grupo Urbano).

Dos grupos contribuyen con un dato nuevo. No sólo la violencia doméstica determina una alteración de la salud mental de las mujeres, sino que, además, la tendencia en alza de hogares monoparentales, en donde la mujer debe ser madre y padre, es un factor que se suma al rol histórico que carga. Es en este contexto que la mujer debe lidiar cotidianamente, sin apoyo de una pareja o familia, que sea su soporte emocional, lo que termina desgastándolas, colocando en riesgo su salud mental:

“...pero, por qué te pasa eso? No solamente te pasa por maltrato, sino que a veces también te pasa porque estás sola. Hay mucha mujer que está sola y están solas luchando. Entonces, hay un momento que si tienen al hijo enfermo, no tienen comida, no tienen esto, lo otro, ya la situación las sobrepasa...”, (Grupo RED VIF - docente).

4.1.2.1 Depresión y trastornos ansiosos.

En torno a la conceptualización de los trastornos mentales – hablan exclusivamente de depresión – excepto las/los profesionales de la salud, por razones obvias- sin mencionar a los trastornos ansiosos ni cuando se les pregunta por ellos. Su construcción la basan en los malestares físicos y psicoemocionales que les manifiestan las mujeres al consultar, y que consisten en dolores musculares, cefaleas, trastornos del sueño y el sufrimiento emocional que es gráfico cuando la mujer llega llorando a contarle sus problemas familiares y/o de pareja. O, el funcionario indaga si hay problemas de violencia u otros, en un intento por buscar explicaciones a estos malestares. El que puedan ellos conocer la situación que afecta a la mujer y sus consecuencias en la salud mental, está determinada por el grado de confianza que logren establecer con aquélla. Le asignan, además, un peso diferente al sufrimiento ocasionado por la violencia física y la psicológica. Esta última al ser mas difícil de objetivar, produce una mayor carga en la mujer, justamente por que tiende a estar invisibilizada, no sólo por el hombre sino que también por la mujer, quien muchas veces atribuye sus malestares al trabajo físico y no a una alteración mental:

“.....Ese tipo de cosas ellas las refieren al trabajo...No te van a decir me duele la cabeza, me duele la espalda, pero no porque las están tratando mal.Entonces, yo converso con ellas ¿no será que está pasando esto en el matrimonio?, ¿Uds. No se entienden bien?, entonces, por ahí cuentan algo” yo le voy a decir que sí tienen confianza de conversar sus cosas...”, (Grupo Rural).

No obstante, como agentes de salud, reconocen en la depresión una enfermedad. Ellos descubren a la mujer con este tipo de alteración, cuando la ven alterada, llorando o triste. Algunas veces, refieren, estas mujeres se acercan y le solicitan conversar un instante:

“Me ha pasado que de repente, hay mujeres que me han llamado a un lado o que me han dicho que quieren conversar, un ratito. Porque es eso lo que te quieren decir. Pero, no se atreven...”, (Grupo Urbano).

Por otro lado, ven en la depresión una enfermedad a ser tratada para evitar otras consecuencias como el suicidio, el alcoholismo en la mujer, o comportamientos sancionados socialmente como la infidelidad de la mujer. Lo anterior podemos descubrirlo en los siguientes párrafos seleccionados del discurso de funcionarios:

“...O sea, el marido chantajea “que no te doy plata, que no vas a hacer esto....Entonces, ellas ahí empiezan a reprimirse un poco....y caen en el alcohol o empiezan a mirar mas allá....la mujer como que se libera un poco...como que de repente empieza a ir a fiestas...al final terminan ellas engañando”, (Grupo Rural).

Como se señala anteriormente, la depresión la ven como un problema grave y común en las comunidades rurales que atienden, y entre los factores que consideran responsables de ello, describen el rol de dueña de casa de la mujer- agravado por el alcoholismo y precariedad laboral de sus parejas- y a la violencia, ya caracterizada por estos funcionarios, ejercida contra ellas por el hombre y la asimetría de poder manifestado en el manejo del dinero, tanto para la mantención de la casa como para salidas a controles médicos de estas mujeres y sus hijos. Respecto a esto último los celos es una de las medidas de presión para que la mujer no consulte o abandone el tratamiento médico. Por lo mismo, la salud mental de las mujeres, la ven como un problema de difícil solución:

“...porque dependiendo de las pescas, o se lo toman todo o, de repente se acuerdan de la casa. Donde la mujer, generalmente, son dueñas de casa, son las que tienen que dedicarse,..... por eso es que estamos hablando de depresión en la mujer, porque ¡se llevan todo el peso!”, (Grupo Rural).

“.....chocan, generalmente, en el dinero.....son presionadas por el marido. O sea “tú andas perdiendo el tiempo ¿cómo vas a estar mala de la cabeza?, a ti no te falta nada....seguramente andas con otro”. Uno lo ve a diario este asunto”....”Las señoras no siguen con el tratamiento porque:”no tengo plata como para ir”, (Grupo Rural).

Todos los factores enunciados, a través de los discursos, constituyen el escenario en el que la mujer se desenvuelve cotidianamente acumulando frustraciones y tensiones hasta que, en algún momento se desborde, con consecuencias para su salud mental:

“...hay muchas actitudes que son meras corazas. Porque van cubriendo, cubriendo. Entonces, llega un momento que ya no pueden mas bueno, ahí tocan con arrebatos...porque me han pasado verdaderas crisis de histeria ahí... (Red VIF).

4.1.2.2 Medicalización.

Las/los profesionales de la salud hacen un aporte significativo cuando reconocen que, paulatinamente, han ido incorporando conocimientos y sensibilizándose en relación a los problemas de salud mental femeninos. A esto ha contribuido, sin duda, la implementación del Programa de Salud Mental, ya que, históricamente, la actitud de los agentes de salud era medicalizar y otorgar el concepto de “paciente problema”, sin indagar en el trasfondo de las múltiples y reiteradas consultas médicas de estas mujeres. Este cambio de conceptos y actitudes ha redundado en una mayor eficiencia de los recursos, tanto humanos como materiales, según reconocen, dado que, al pesquisar y derivar oportunamente se evita la dispersión y mal uso de recursos, optimizando la atención en salud:

“...el asunto de las policonsultas. Obviamente, de fondo, hay bastantes cuadros depresivos. Yo, que me he ido sensibilizando en el último tiempo O sea, antes, las policonsultantes; Piroxicam, diclofenaco. Y, después, ya empecé a mirar que era demasiada la policonsulta y por hartos médicos. Y, era cosa de empezar a preguntar un poco no más. Igual es problema de todos los pueblos, pero, en este es mayormente el asunto de las policonsultas. O sea, aquí hay cuántos inscritos ¿18 mil cierto? ya poh y de esos 18064 ¿cuántos serán los que consultan? Por lo menos a médico acá, serán 1000. El resto no ocupa realmente, su per cápita. Y, todos por la misma policonsulta. Por la misma consulta siempre. O sea, dolores inespecíficos de cualquier parte”, (Grupo Profesionales).

4.1.2.3 Estigmatización.

Es interesante descubrir en los discursos en general, sobretudo a nivel de profesionales, que no formulan juicios tendientes a estigmatizar a la mujer que padece este tipo de alteraciones. Distinto es, como se vio al analizar sus relatos en relación a la violencia, en donde, claramente, hay una responsabilización de la mujer por soportarla y validarla, en muchos casos. El reconocer en la depresión una enfermedad, sin culpabilizar a la mujer de ella, es producto de la comprensión aprendida en su trabajo como agentes de salud. En cambio, sí hablan de los temores de las mismas mujeres ante la posibilidad que se conozca su problemática, tornándola mas vulnerable ante la opinión de los demás. Por otro lado, está la

carga negativa expresada por las parejas de estas mujeres, que peyorativamente se refieren a la salud mental de ellas:

“...El asunto es que les da vergüenza de manifestar su problema...”.Cuentan algo, pero muy bajito, que no se expanda ni nada...”, (Grupo Rural).

En relación al tema de la estigmatización de los trastornos mentales, el grupo rural manifiesta su percepción respecto al nombre del Programa de Salud Mental. Consideran que el nombre tiene una influencia negativa. A su juicio, cuando las personas oyen hablar de salud mental, inmediatamente, se retraen y/o niegan todo nexo con un programa que tenga que ver con lo mental. Esto demuestra la fuerte tendencia, en la población en general, a la estigmatización de todo lo relativo a alteraciones mentales:

“.....hay gente que también no viene porque,....”si vengo al psicólogo y pasó a Prosam (PSM), estoy mal de la cabeza. Mucha gente a mi me ha dicho así.....Entonces, le tienen mucho miedo a eso, de que la gente ve los psicólogos, o ir a un psiquiatra, es como una cosa....no es para ellos”, (Grupo Rural).

Sin embargo, descubrimos, en relación a las terapias, que el discurso de muchos funcionarios/funcionarias no está exento de prejuicios en relación a los malestares psicoemocionales que afectan a las mujeres, toda vez que expresan que la mujer es una especie de ser manipulador, que a través de un diagnóstico médico, puede ejercer control en su pareja:

“...Pero, hay algunas, que vienen porque les den pastillas. Y, eso, para que el marido: “diga que estoy enferma, no me puede alzar la voz ni nada” Y, por eso ¡les encanta venir! “, (Grupo Urbano).

Por otro lado, desde el grupo rural, relatan que no están preparados para atender a pacientes con este tipo de alteraciones. Queda claro, al analizar sus palabras, cuando desconocen uno de los aspectos más serios en las situaciones de violencia vividas por estas mujeres, es decir; los ciclos de la violencia. El siguiente relato es de un técnico paramédico de posta:

“....después, cuando volvió con la misma situación..... (Le dije) “señora, ahí está la puerta, váyase a su casa, arregle sus problemas sola.....El compadre, no se si te guiñó un ojo...salieron los dos de la mano, después te volvieron a patear, te gusta el asunto... ¡quédate ahí y vive tranquila! Tú sabes lo que tienes que hacer, eres una mujer vieja y las cosas están a la mano tuya”, (Grupo Rural).

4.1.2.4 Relación violencia doméstica-salud mental y desarrollo personal de la mujer.

Respecto al desarrollo personal de la mujer con una alteración de la salud mental, depresión y/o trastornos ansiosos, y que reconocen situaciones de violencia, estos funcionarios perciben a aquélla como un sujeto con escasas o nulas posibilidades de desarrollo. Para los agentes de salud, tanto hombres como mujeres, refieren que, la mujer, socialmente no tiene alternativa que le permita rebelarse contra el orden social establecido. Según ésto, la mayoría de ellas, no cuenta con escolaridad suficiente como para optar a empleos que les permitan tener independencia económica para ella y sus hijos y abandonar al agresor, rompiendo así el círculo de violencia:

“Allá no hay como se desarrollen...porque solamente viven de su casa, para los hijos y el marido. No tienen donde mas rascarse las uñas”, (Grupo Rural).

“..El asunto económico...y donde la mayoría de nuestras mujeres, no tiene un nivel educacional alto, o no tienen, o no han tratado de superarse...”, (Grupo Rural).

Si bien creen que la mujer que desarrolla depresión posee una especie de debilidad emocional innata, perciben que en algún momento existirá una ruptura y ésta siempre será beneficiosa para la mujer, ya que la consideran capaz de autogestionar soluciones e idear modos de desarrollo, a diferencia del hombre, al que consideran incapaz de ser autovalente ya que siempre dependerá de una mujer para desenvolverse en la vida. Sin embargo, están ciertos que la mujer necesita del apoyo de redes familiares y/o sociales, en una primera instancia, para fortalecerse y tomar decisiones acertadas para su vida:

“.....Yo creo que sí tienen sus limitaciones. Justamente, por eso han caído en depresión...Porque, es un poco como que los árboles no dejan ver el bosque. O sea, se van encerrando, van bajando y no ven cual podría ser el camino de salida...porque tienen una debilidad emocional en ese sentido y eso no les va a permitir...va a ser difícil que puedan salir solas. Sin ayuda...”, (Grupo RED VIF - docente).

“....cuando ya la cosa toca fondo, sí son capaces. Cuando toman conciencia y se conectan con su ser y con sus emociones y todo eso, es capaz de asistir o no a los controles. Pero, yo siento que tiene que haber un reforzamiento por alguien, por lo menos...”, (Grupo Profesionales).

En cambio otro grupo considera que, en cuanto a la capacidad de desarrollo y autogestión de las mujeres afectadas, desde el momento en que acuden en busca de ayuda, es porque es capaz de gestionar y encontrar los medios para sobreponerse a su situación de

violencia o enfermedad. Sin embargo, consideran que la oferta de herramientas para estas mujeres es mínima o no existen:

“...ella va a buscar los medios para que alguien la ayude. Y, de hecho, de acudir ya al Consultorio es porque quiere ayuda”, (Grupo Urbano).

“Yo creo que la mujer sí tiene capacidad. ¡Todas! Tienen mucha capacidad para ser autovalentes, para ser ellas....Lo que pasa es que no están los medios...”, (Grupo Urbano).

No obstante, y contradiciendo lo anterior, ven a la mujer víctima de violencia intrafamiliar como seres habituados a ese tipo de vida, por lo que no toman la iniciativa para buscar vías de solución. Según el discurso de estos funcionarios, lo anterior se debe al temor al abandono que experimentan estas mujeres. Temor que está fundado sobre el riesgo de perder el apoyo económico para sí y los hijos, potenciado por la carencia de un proyecto de vida propio. Condiciones que la someten al silencio y aceptación de la tragedia que viven:

“..Las mujeres son personas que están acostumbradas, que no buscan ayuda y no desean salir de eso....si por algún motivo, la mujer es abandonada por su marido, para ella es la muerte. O sea, se acabó la vida, no hay nada mas...no tienen visto un proyecto futuro hacia mas adelante....el normal de las mujeres están acostumbradas y lo callan...”, (Grupo Urbano).

El aspecto económico es visto, por estos funcionarios como un factor de presión y represión que las obliga a permanecer en esa relación, debido a las escasas o nulas probabilidades de generar sus propios recursos para ella y sus hijos. Lo que en definitiva, las lleva a una especie de letargo sin espacios para la reacción, al ver menoscabada su autoestima:

“eso se da por un problema económico, porque en la mayoría de los casos, son los maridos los que mantienen...son ellos los que llevan las lucas (dinero) y se sienten poderosos y pueden hacer todo lo que quieran....Entonces, las mujeres que no trabajan fuera de la casa, se sienten todavía mas obligadas, entre comillas, a estar ahí en la casa. Porque, ¿qué otra cosa hacen? Si tienen hijos, no tienen quién las mantenga. Tienen que, al final, optar por vivir obligadas”, (Grupo Urbano).

Otro factor relevante que describen, es la falta de oportunidades laborales tanto para hombres como mujeres. Es claro, además, para ellos, la falta de redes de apoyo sociales efectivas que permitan a la mujer creer en un proyecto de vida en que ellas sean las protagonistas. Por otro lado, las mujeres no se apartan del rol tradicionalmente asignado por temor a la sanción social a la que serán sometidas:

“..Las señoras lo que hacen es estar en su casa, porque no hay otra actividad...no tienen ninguna agrupación...”, (Grupo Rural).

Estas condiciones de vida, permitirían que la autoestima de las mujeres se deteriore, encerrándolas más aún en un círculo del que no les es dado salir solas. Porque, la constante agresión, la falta de oportunidades concretas y ausencia o, ineficacia de redes de apoyo familiar y social proporciona un escenario que les impide pensar en revertir su situación:

“creo que en la medida que la mujer se valorice como persona...y suba su autoestima, decir:” yo soy capaz de esto, yo me voy a proponer esto”...cuando ella se sienta valorizada y se sienta que es capaz de lograr lo que se propone, va a empezar a salir adelante....Porque cuando una mujer está con una depresión, con una enfermedad mental, es una mujer que va a estar abajo, abajo, abajo. Ni siquiera va a tener capacidad de pensar que puede salir adelante”, (Grupo RED VIF - docente).

“...tampoco (tienen) aspiraciones, porque la autoestima....no es buena...”, (Grupo Rural).

Esta visión no está exenta de la carga ideológica de los funcionarios en tanto sujetos insertos en determinado ambiente sociocultural, que le confiere a su discurso un tono de prejuicio al considerar que la mujer es incapaz de desarrollarse porque está acostumbrada al tipo de vida que lleva y le es más fácil permanecer en ello que romper esquemas y solucionar su problemática:

“...o no han tratado de superarse...tener algo para ellas...que digan”sí, yo me la puedo”. Sino que están acostumbradas a que sea el marido el proveedor, y ellas las que crían los hijos. Ya se ha acostumbrado a ese estilo de vida....es un círculo vicioso”, (Grupo Rural).

Consideran que existe un agravante para estas mujeres, cuando ha pasado el tiempo y ya no son tan jóvenes como para comenzar un proyecto de vida lejos del agresor:

“a muchas de ellas ya les ha pasado el tiempo de separarse, porque tuvieron un montón de hijos o porque, no se..., no se han dado las condiciones....después se les hace difícil. Y, cuando uno está metida un tiempo en la casa se da cuenta que uno en la casa se va embruteciendo”, (Grupo Urbano).

A través de los relatos es evidente el valor que le asignan al trabajo remunerado que pueda realizar la mujer, ya que eso le permitirá fortalecer su percepción del valor que tiene

como persona. Ven al trabajo fuera de casa como una herramienta de reafirmación de la propia valía como sujeto, lo cual sería un primer paso importante para esta mujer cuando decida romper con el yugo que supone (significa) el control patriarcal ejercido en los diversos aspectos que toma. Incluida la dependencia económica, forzada a veces por el hombre, al negar a la mujer la posibilidad de realizar otro rol que no sea el doméstico:

“...pero, por otro lado, pienso que una mujer, víctima de violencia intrafamiliar, a lo mejor, en su trabajo, se desarrolla mejor, porque es como un escape que tiene. Es un escape a toda la problemática”, (Grupo RED VIF - salud).

“yo siento que las mujeres se dan cuenta que necesitan independencia económica. Es como el primer paso...”, (Grupo Profesionales -PSM).

4.1.3 GÉNERO.

Los significados que otorgan y las construcciones sociales que funcionarios y profesionales tienen respecto a la relación entre hombres y mujeres y de qué manera se manifiesta el ejercicio del poder en la pareja están cimentados en la forma en que ellos mismos fueron socializados. Por tanto, este proceso es modelado desde la cuna y es responsable de la continuidad de los modos- desiguales- de relaciones intergéneros. Según sus percepciones consideran que en todo grupo familiar, donde se viva violencia, el que detenta el poder es el hombre. En este punto, reaparece, en el discurso de funcionarios, la creencia de que la mujer toma, por su voluntad, el camino de la naturalización de la violencia ejercida en su contra, culpable por tanto de subordinación al punto de que no tienen espacios para ellas, ni aún en lo referente a su salud. Por ello podemos afirmar que el tema género es transversal en el discurso de las y los sujetos que conformaron los grupos focales. Aquí se introduce la discusión de si la madre es la gran responsable de perpetuar el modelo patriarcal o son ambos progenitores igualmente modeladores. Claramente, la transmisión de pautas socioculturales son determinantes para estos sujetos.

4.1.3.1 Identidad y socialización de roles.

En relación a la construcción social que es el género, la mayoría de estos sujetos lo entienden como el ser femenino o masculino con el rol asignado a cada una/uno. Reconociendo que este proceso se da desde el seno familiar. Algunos respaldan lo señalado caracterizando la forma de vida de sus comunidades, en donde nuevamente se destaca la cultura basada en los códigos patriarcales, en la cual el hombre gobierna con autoridad casi absoluta, con los roles socioculturales bien definidos para ambos sexos:

“.....En el fondo es el aprendizaje que existe de los roles, de lo que tradicionalmente es lo femenino y masculino. Es lo que tú aprendes que es ser mujer”, (Grupo Profesionales -PSM).
 “Lo que determina la identidad de género, mas que nada viene de la familia...”, (Grupo Rural).

“...la mujer para la casa, los hijos y el hombre proveedor...”, (Grupo Rural).

“Por lo general, uno aconseja en base a como ha vivido uno...a lo que tiene en su casa...esto trata de proyectarlo a la comunidad...”, (Grupo Rural).

De acuerdo a esto, la mujer queda restringida al espacio privado, en la intimidad del hogar, sin grandes posibilidades de ejercer otro rol que no sea el doméstico. Sin embargo si debe ocuparse de generar ingresos y salir al campo laboral remunerado, este es visto como una extensión más de su rol, por ende no le confiere autonomía. Siempre estará supeditada a la voluntad del hombre:

“..Por la forma de vida que tienen ellos...la mujer sumisa, el hombre fuerte.....autoritarismo total en el hombre y la mujer en segundo plano y solo ve la parte del hogar...”, (Grupo Rural).

En segundo término, la sociedad es vista, por ellos, como otro agente socializador, en la medida que el sujeto sale a interactuar con otros. Aunque entienden que la sociedad es la que fija las normas de comportamiento y establece los modelos que la familia sólo se encarga de perpetuar y dentro de ésta le confieren gran responsabilidad a la mujer por perpetuar el modelo a través de su rol:

“... la identificación del género te lo da la sociedad. Pero, primero que nada te lo da la unidad más pequeña que es la familia. Antiguamente, a las mujeres se las educaba para el matrimonio. Se les enseñaba a coser, a bordar, todo lo que era doméstico. Porque no había grandes aspiraciones....de que la mujer fuera profesional....yo diría que hace unas tres décadas, empezó la mujer a ¿no es cierto?, a ser profesional. ..hoy día, a la mujer se la educa...nosotros como mamás jóvenes, estamos educando a nuestros hijos o a nuestras hijas a que sean, no competitivas con el hombre, pero también igual....Pero, si tú te fijas, eso, a lo mejor lo vas a lograr en un nivel en que la madre haya adquirido cierto grado de educación y formación....Hoy día, la mujer está accediendo mas a la universidad y por ende, va a educar a sus hijos mejor...porque vamos a tener otra mirada, hacia donde enrielar a nuestros hijos. El machismo va a seguir mientras las mujeres seamos protectoras y lo sigamos considerando...”, (Grupo RED VIF - docente).

Desde los relatos del grupo urbano, se incorpora al discurso el tema laboral. Algunos consideran una suerte de tergiversación de valores a los cambios producidos en relación a la división sexual del trabajo. Esto lo grafica al decir que las mujeres están realizando trabajos que sociocultural e históricamente ha desarrollado el hombre. No obstante, la mayoría lo considera un cambio de mentalidad que es positivo, el que está influido por los medios de comunicación a los que le asignan una labor socializadora trascendente y también por la escasez de fuentes laborales existentes:

“...pienso que el nivel laboral también está ejerciendo mal...me llama mucho la atención de que hay muchas mujeres, muy señoritas ellas, muy damitas ellas, no se poh...se ven súper femeninas, que están haciendo un trabajo de hombres, por la necesidad de trabajar. Un trabajo pesado...Un trabajo de aserradero que es de hombre”, (Grupo Urbano).

No obstante, hay en su discurso una actitud de reconocimiento hacia las habilidades de la mujer, y el aporte que ésta puede hacer a la sociedad si logra tener un rol mas activo. Su visión es que se han ido produciendo cambios a nivel social, influidos por los factores analizados. Lo que ven como proceso que, sin duda, será positivo, tanto para ella como para la sociedad en su conjunto:

“...Ya no es tan así...los roles están...o cambiados o divididos. Por el hecho de que en mi comunidad...la mayoría de las organizaciones están siendo dirigidas por mujeres...el mismo presidente (de la república) ha nombrado ministras...acá llegará tarde, pero igual hay...”, (Grupo Rural).

“....y eso vuelve otra vez a la formación que tengan de los padres. O sea, la familia, porque un padre es machista, va a formar un hijo machista, (alguien dice: y si la madre es consentidora va a seguir formando un hijo machista) Claro, porque los niños muchas veces dicen: bueno, que yo le pego a esta niñita porque mi papá dice que a las mujeres hay que pegarles. (la misma persona vuelve a interrumpir: o, mijito no seque la loza porque ese es trabajo de mujeres. ...”, (Grupo RED VIF - docente).

De sus palabras se desprende que el machismo tiene un significado negativo, cuando se refieren al concepto como un problema, donde el hombre tiene un lugar de privilegio que no es posible que ocupe la mujer y que condiciona relaciones asimétricas en la pareja, que van a jugar a favor del hombre. Esta mentalidad, reconocen, no es ajena a los integrantes del equipo de salud del que son parte, lo que atribuyen a los diversos caracteres de las personas. De igual modo, en sus palabras se trasluce el paternalismo asentado en una cultura patriarcal, en el que la mujer es vista como un ser de segundo orden, al estar incapacitada en razón de su sexo/género para autogestionar y suplir sus propias necesidades. Por tanto, el hombre debe

preocuparse de brindarle los recursos para ello. Esto lo relatan en el marco de las relaciones de género y ejercicio del poder:

“Pienso que lo básico es la crianza, lo principal y también los caracteres de las personas. Porque uno tiene que reconocer que hay mujeres y hombres que de repente son de un carácter fuerte que no se dejan dominar por nadie. Entonces, ahí es donde vienen los problemas, porque muchas mujeres dicen “no, a mí no me va a mandar un hombre...entonces, es lógico que tengan problemas entre pareja”, (Grupo Urbano).

“Para mejorar eso, para darles una mejor salud a las mujeres, para que no se sientan así...Hay mujeres, que uno conoce casos, que yo pienso son muy agravantes. Por ejemplo, que no les dé el marido, que es la responsabilidad de uno, de darle a la mujer la plata para que ellas se sientan bien, ya que ellas no trabajan, ya que no hay trabajo para ellas y ellas no han tenido ocasión de tener un estudio...”, (Grupo Urbano).

No obstante, ven como un factor de cambio positivo la disposición de la gente joven, para captar las enseñanzas en el sentido de, según sus palabras, provocar un cambio de mentalidad, lo que es favorecido por la mayor escolaridad alcanzada por las nuevas generaciones. Consideran que los medios de comunicación han ejercido un gran influjo en este cambio, a través de los modelos que promueven, en donde la mujer tiene un rol diferente, ya no sólo doméstico. Según su discurso, en la medida que las mujeres se desarrollen en otros aspectos, académico, económico, irá adquiriendo mayor independencia y autonomía y por ende el respeto del hombre que es su pareja. Al no estar supeditada a la mantención material del marido, es capaz de tomar decisiones y establecer reglas dentro de la relación, que le permitan vivir dentro de una relación mas horizontal y armónica. A su juicio, la mujer, se introduce en el juego del poder, con amplias probabilidades de triunfo:

“..Tengo parejas jóvenes que están dando vuelta la mano, torciéndole la mano al destino... ya no están con la misma creencia.....las mujeres sobre todo, tratan de aclarar un poco sus ideas...”,(Grupo Rural).

4.1.3.2 Relaciones de género y ejercicio del poder.

En relación a la distribución de poder al interior de la pareja, perciben a sus comunidades como tradicionalmente machistas, lo que se ha traspasado de padres a hijos, donde el poder, siempre, lo ejerce el hombre. Esto lo visualizan cuando en la relación de pareja el hombre es el que maneja los dineros, los permisos a los hijos y las decisiones más importantes para la familia. Si bien es cierto, relatan que la mayoría de las veces la mujer es la encargada de la administración de la economía del hogar, debe rendir cuenta de cada

movimiento, al hombre. En relación a los roles de la mujer, están los de atender la casa, criar a los hijos y obedecer al marido:

“¿en la familia? El hombre. Es que en una familia donde hay violencia, siempre es el hombre el que manda.Y, normalmente, la mujer tiene la excusa que”mi marido es así, o no puedo hacer nada...”, (Grupo Urbano).

“Los permisos, generalmente es el padre...pero, en muchos lugares la gente dice que la mujer distribuye mejor el dinero.....eso sí, tiene que dar cuenta sagradamente al marido de lo gastado y en qué.... “, (Grupo Rural).

Aparece en los discursos la idea de que la mujer intenta, erradamente, equilibrar el ejercicio del poder. Esto, a través del manejo de la sexualidad. Según esta opinión, la mujer manipula al hombre mediante el sexo, negando u ofreciendo, según sea su interés por conseguir algo:

“...obviamente el poder ahí lo maneja el que está golpeando y las mujeres golpeadas, las mujeres violentadas, de alguna manera, no manejan el poder, o lo han hecho de una manera súper equívoca, perversa. Que manejando un poco la sexualidad, también las mujeres, ejercen un gran poder con la parte sexual yo creo. “Si me trata mal, no me acuesto contigo, si me tratas bien, me acuesto. Como dicen que las mujeres dan sexo para recibir amor, los hombres dan amor para recibir sexo. Yo creo que hay una lucha por el poder, porque por esta equivocación, por este conflicto de roles que existe...”, (Grupo Profesionales -PSM).

Una vez más aparece, en los discursos, la importancia atribuida a la escolaridad e independencia económica como bases fundamentales para que la mujer logre revertir su situación de violencia y equilibrio de poder frente al hombre:

“...sobre la distribución del poder, creo que justamente, ahí se basa. O sea, es recomendable que las parejas, que se vayan formando a futuro, vayan teniendo un cierto nivel sociocultural, económico, un poco parejo. Porque,.....donde una mujer salió a trabajar, tiene una entrada económica, el hombre tiene mas respeto hacia ella, en el sentido que no le va a hacer ciertas cosas, porque sabe que lo va a dejar plantado y ¡se va a ir no mas!. Y, la mujer tiene la capacidad de tomar decisiones, cosa que no puede hacer, cuando es dependiente del que le va a dar de comer.....cuando la mujer tiene otros caminos...va a poder buscar otra instancia, otras formas y va a tener cómo presionar también. O sea, la presión no va a ser de un solo lado...se va a equiparar...”, (Grupo RED VIF - salud).

En este contexto, que ellos han caracterizado y, en el cual la balanza del poder se inclina a favor del hombre, la mujer es el sujeto que debe subordinarse y acatar los deseos de aquél, en todos los planos, inclusive en lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos, debiendo complacer al hombre no sólo en lo sexual, sino que además en lo referente a la cantidad de hijos que él desea. A esto, generalmente ellas ceden para mantener cierta armonía en la relación de pareja y evitarse así las agresiones:

“... (Ahora) Hay menos violencia mutuamente,.....ya se estaban dando los dos.....ayudó los dos últimos embarazos, porque él estaba buscando mas hijos y la señora no quería darle....se le hizo el gusto a él...”, (Grupo Rural).

Para comenzar el camino de la liberación del sometimiento y agresiones masculinos estos grupos creen que, es imprescindible dar un primer paso en el sentido de aceptar que están inmersas en una relación violenta en que la víctima es ella. Este reconocimiento, les permitirá iniciar un cambio en las relaciones de poder, más simétrico, al interior de la pareja. Sin pasar por ese proceso no es posible la recuperación:

“...cuando ya empiezan a reconocer la violencia...de alguna manera, el poder se empieza a equiparar. Previo al asumir.....ellas se someten”, (Grupo RED VIF - salud).

4.1.3.3 Valoración de la maternidad.

De la misma forma en que la familia y el conjunto de la sociedad ha contribuido a la construcción de una ideología del ser femenino/masculino, según lo expresado por estos grupos, también a arraigado en ellos el concepto de maternidad como un rol vital en la mujer, al que consideran un privilegio y fin último en la vida de toda mujer. En los relatos se descubre una sobrevaloración de la maternidad en términos de que la mujer debe dedicación exclusiva a los hijos para ser considerada una buena madre. Otras voces surgen para indicar la carga sociocultural que representa la maternidad cuando la mujer no tiene como prioridad ser madre, o al menos desea postergar este evento. Esto contrasta con lo que simboliza para el hombre el hecho de ser padre, un suceso que alimenta su ego y proporciona seguridad de prolongación:

“...nunca he tenido un hijo, no he tenido ese privilegio...”, (Mujer Grupo Rural).

“...la mujer que por opción, opta por no ser madre es muy sancionado, es como que raro...como no bien visto, digamos, culturalmente que alguien no aspire a ser mamá...”, (Grupo Profesionales -PSM).

“El rol importante de ellas es ¡mamá! Nosotros, conversábamos en las reuniones del programa de salud mental, que una gran cantidad de señoras del Prosam. Ellas, además, hemos encontrado que tienen trastornos de personalidad, además de depresiones. Y, en el fondo, lo que la valida a ella es el rol de mamá, y eso la valida frente a la sociedad, frente al marido, frente a la familia y, en el fondo, en la medida que el hijo crece, o el hijo está enfermo, o mejora o se muere, o deja este rol, por estas causas. Ahí ya no es nada ¡si su rol importante de ella era la mamá poh!... Entonces, ahí quedó aislada”, (Grupo Profesionales).

Conductas como amamantar prolongadamente al hijo, centrar la atención y cuidados en los hijos, lo ven como una exageración en el cumplimiento de la maternidad, lo que entienden necesario para la valoración de sí mismas como mujeres. Considerando que en la actualidad las mujeres están siendo más responsables con ellas mismas al no ser absorbidas por el rol materno, y preocuparse de cuidar de su propia salud:

“La maternidad ahora se está tomando mas en serio....mas responsable...ya no andan con el cabro pegado a la teta y caminando...”, (Grupo Rural).

Sin embargo, responsabilizan a la mujer de ser absorbida por el rol materno, lo que desencadena desavenencias en la pareja. Esto porque la mujer se aboca, intensamente a la crianza, en desmedro de la atención que “debe”prestar a la pareja. Se refuerza la idea de que la mujer debe cumplir múltiples funciones, siendo la principal cuidar de otros. En este punto casi todos aprobaron lo expresado de este modo, sólo una voz de mujer, opinó que los roles debían ser compartidos y que era indispensable para ello la comunicación de la pareja:

“...sin despreocuparse tampoco de la pareja....sino también se dan dramas, por el hecho de que el hombre se siente desplazado....es que igual uno necesita, si al final uno es como un bebé también para la mamá, o sea para la señora. Uno necesita igual que le den cariño”, (Grupo Rural).

Por último, expresan que dada la necesidad de la mujer de salir al campo laboral para así contribuir a la economía del hogar, ha habido un deterioro en su rol de madre, ya que ha debido restarle tiempo a la crianza de los hijos, transformando su actividad remunerada en una prioridad, en desmedro de aquéllos:

“.... (Antes) la madre pasaba 24 horas con los hijos, solamente de casa. Terminó esa etapa y empezó la mamá trabajólica que tenía que trabajar para mantener la casa, y ¿qué es lo que pasa? Que se descuidaba de los niños, porque primera prioridad era trabajar....Y, ahora está empezando una tercera etapa, donde la juventud está aceptando hijos...como están siendo mas

aceptados, mas tolerados por las familias, están siendo mas aceptados por las mismas niñas, como madres. Están aprendiendo un rol, nuevamente...”, (Grupo Urbano).

Destacan, los cambios positivos ocurridos en relación a los embarazos en adolescentes, ya que ven una mayor aceptación de su embarazo de parte de las jóvenes. Hacen una reflexión en el sentido que estos cambios se deben a transformaciones que se han ido dando en la sociedad, en el sentido de resguardar los derechos de estas jóvenes, impidiendo, por ejemplo, que sean expulsadas del colegio y diseñando programas que posibiliten llevar a buen término su embarazo. Lo que sin duda ha promovido la aceptación de una realidad cada vez más evidente y por ende la aceptación de estas adolescentes y sus hijos. En definitiva, perciben un cambio, desde su posición como agentes de salud que consideran positivo:

....“Lo otro es que ahora, los colegios aceptan a las chicas embarazadas.....Hasta que terminan su embarazo. Antes, parece que no se, no se aceptaba tanto. Igual que vayan los papás al parto, igual ahora los dejan. Y, que vengan aquí ahora los papás, no importa que no sea matrimonio. Igual tiene derecho a venir a control, con ellas y después, por supuesto, seguir los controles, cuando vienen con el recién nacido igual...”, (Grupo Urbano).

4.1.3.4 Otredad.

Si bien es cierto, al hablar de los diversos roles femeninos, reconocen que el rol materno no debe absorberlas, y es necesario que deje tiempo para sí, a la hora de caracterizar ese tiempo para su desarrollo personal, nos encontramos con que en realidad el destinatario de ese espacio debe ser el hombre, y sólo tangencialmente, la mujer se beneficia, al favorecer con su dedicación al marido, una relación de pareja mas halagüeña. Lo que indudablemente habla de una vida dedicada al servicio y bienestar de los otros. O sea, para estos funcionarios, la mujer justifica su existencia sólo a través de los otros, llámense hijos, maridos, padres, etc, con el resultado, evidente para ellos, de anularse como sujeto con expectativas de desarrollo personal. Indudablemente, esta característica de la mujer, y que tiene su arraigo en el modelo mariano de abnegación y sacrificio, la lleva a un estado de renunciaciones y frustraciones que desembocan, tarde o temprano en malestares físicos, psíquicos y emocionales:

“...O sea, que ella quiere hacer cosas y no puede, no puede salir porque tiene que cuidar a la mamá, que tiene que cuidar al hijo, que a la sobrina, no se poh, la hermana de una amiga que viene, no puede hacer su vida en ningún sentido...”, (Grupo Urbano).

...”pero, también tienes que preocuparte de ti.....tratar de ser la mejor madre...sin despreocuparte de la pareja...”, (Grupo rural).

Las voces de mujeres de estos grupos ilustran muy claro que, si bien están conscientes que existe un desequilibrio en las relaciones intergénero y la división de roles, como sujetos insertos en determinado ambiente cultural, no pueden sustraerse a las percepciones e ideologías construidos individual y colectivamente, las cuales replican cotidianamente, a través del discurso y de su interactuar con otros miembros de la sociedad. Las siguientes frases son expresivas:

“...Las mujeres como que tenemos recetas...es mas inteligente y sabe muy bien repartir su amor entre su hijo y su marido para poder mantener la familia unida...”, (Grupo Urbano).

“...yo creo que el pilar fundamental de una familia es la mujer. O sea, que si la mujer está bien mentalmente, su grupo familiar va a estar bien...”, (Grupo RED VIF – docente).

Excepcionalmente, del grupo de profesionales, algunas mujeres aportaron una opinión mas crítica, reconociendo que en el proceso de socialización, la mujer fue absorbiendo cargas en función del bienestar general, contribuyendo a que el hombre se desentendiera de las responsabilidades comunes al interior del grupo familia:

“...siento que igual tiene que ver, un poco, este rol aprendido de que la mujer es la sustentadora de la familia...en la medida que ella muestre esta situación...de esta pseudo comunión familiar. Entonces, es un poco que el hombre se exime de la responsabilidad subculturalmente, de que también tiene que ver con que la familia ande y funcione bien.....porque lo aprendió, es eso. En el fondo somos las piedras angulares”, (Grupo Profesionales -PSM).

4.1.4 VISIÓN DEL EQUIPO DE SALUD Y DE LA RED DE VIOLENCIA EN RELACIÓN A PROGRAMAS EXISTENTES.

Otro aspecto importante de explorar a través del discurso de sujetos ubicados en instancias responsables de administrar terapias y/o soluciones jurídicas y facilitar apoyo social, es la visión que tienen respecto al abordaje que se hace desde la Institución, para atender a las demandas de las mujeres afectadas por la violencia de género y sus consecuencias. Este tópico fue el aspecto con más disensos entre los grupos, puesto que, los integrantes de la Red, creen que, su labor ha consistido más que nada en abrir espacios de promoción y prevención, ya que las otras instancias componentes de ella (tribunal y policía), no se han integrado al trabajo o, su participación es inconstante. Lo anterior representa un obstáculo en la realización de tareas para las que fue creada la Red de Violencia Intrafamiliar, ya que, para lograr cumplir con la misión encomendada, debe abordar la problemática de la violencia doméstica desde cada

institución que la constituye y realizar un trabajo en red, de colaboración que permita una atención integral a las mujeres y sus familias:

“Yo creo que la red , mas que nada, ha tenido una labor educativa, que ese ha sido su fuerte. De organizar jornadas de capacitación a la comunidad.....mas que nada orientada a la prevención y promoción de estilos de vida mas saludables, de relacionarse las parejas...A nivel judicial, es lo que siempre hemos conversado, es el lado mas malo de la red, porque en este momento, no hay nadie que participe del tribunal”, (Grupo RED VIF - docente).

4.1.4.1 Eficacia de terapias, apoyo social y soluciones jurídicas.

Respecto al trabajo realizado por el sector salud, a través del programa de Salud Mental, los grupos de profesionales tienen la percepción que aquél es una buena instancia de atención sanitaria, que ha abierto las puertas del Centro de salud a la comunidad, en el sentido que ha mejorado la interacción con usuarias y usuarios. Por otro lado, al contar con un programa específico, con espacio físico y recursos humanos propios, les ha permitido un trabajo colaborativo, optimización de recursos y mejor abordaje de la problemática:

“..Yo puedo hablar desde el otro lado....Yo creo que también la parte salud está funcionando bien, porque de hecho, nos hemos ido apoyando y hemos ido derivando a mamitas para acá y han sido bien atendidas. Han andado bastante bien... De hecho, te cuentan que están bien...varones también han llegado. Y, tú lo ves reflejado en los niños...” (Grupo RED VIF - docente).

La visión de otro grupo de funcionarios respecto a la eficacia de las terapias y en general, las acciones que se manejan a nivel del Programa de Salud Mental del Consultorio, es crítica. Según sus relatos, el abordaje de esta problemática tiene una serie de dimensiones a considerar, en las que se encuentran las que ofrecen las mismas pacientes, léase dificultades económicas para llegar a las sesiones, control ejercido por las parejas de estas mujeres para no asistir a sus terapias, dificultades para entender o cumplir las terapias:

“...no, porque acá el apoyo es mínimo, el problema...es que deben (las pacientes) venir de allá.... (De sectores rurales)...”, (Grupo Rural).

Sin embargo, las críticas mas duras se dirigen hacia la misma institución de salud, incluyendo al Programa de Salud Mental, instancias que consideran ineficientes y carentes de recursos. Esto se traduce en baja periodicidad de las rondas del equipo médico a los sectores rurales, escasez de recursos humanos y materiales para cubrir las necesidades de la población

y la burocracia que deben enfrentar las mujeres. Mencionan un aspecto vital en cuanto a la pesquisa y derivación de las usuarias con problemas de violencia y/o trastornos mentales:

“El problema es que no puede ser tratado...el médico no lo detecta, porque no pregunta por ese lado...va a ronda una vez al mes...”, (Grupo Rural).

“Los recursos son muy pocos,...las horas son pocas. Llamamos para derivar y no tenemos horas, entonces, vamos tramitando, tramitando.....aparte que los programas no funcionan bien, quedan a medias....se soluciona una, ¿de cuántas?..”, (Grupo Rural).

Y, fundamentalmente, critican la disposición para el trabajo en equipo, el que consideran deficiente de parte de los profesionales encargados del programa. La crítica más recurrente se refiere a la falta de comunicación hacia ellos en relación a información sobre programas y redes que se han ido implementando:

“...Acá hay una red de apoyo...no conozco a los que trabajan...se supone que somos un equipo de salud, deberíamos saber cuales son los programas....o sea, tener la información...”, (Grupo Rural).

Además, la ausencia de capacitación en estos temas, para los que no se sienten preparados, teórica y psicológicamente, los coloca en un escenario complejo en el que no saben actuar mas que intuitivamente, ya que no cuentan con las herramientas necesarias, lo que les hace sentir abandono de parte del equipo médico:

“...necesitamos orientación, desde el punto de vista de la psicóloga, porque no somos psicólogos y nos vemos enfrentados a tantos problemas...y, no sabemos qué hacer...”, (Grupo Rural).

Expresan una carencia de respaldo que empieza desde la misma dirección del centro de salud y pasa también por las demás instituciones involucradas en el problema de la violencia:

“...estamos solos...y a veces, tampoco nos sentimos respaldados desde la dirección de acá del Consultorio...”, (Grupo Rural).

Se revela en sus palabras un dejo de resentimiento, al sentirse marginados de las acciones y/o decisiones tomadas al interior del equipo de salud. Se saben sujetos con una

responsabilidad social en tanto agentes de salud ubicados en una posición estratégica, ya que son la primera instancia de consulta de la población, lo que es relevante al considerar el aislamiento geográfico relativo en que se encuentran las postas de salud rurales. Por lo mismo, creen que debieran ser integrados y mejor considerados por el resto del equipo sanitario: “Lo que hay que cambiar es toda la manera de trabajar.Están todos trabajando al revés. Todos quieren que llegue acá. ¡Ellos tienen que llegar allá! (psicólogos, asistentes, juzgado)”, (Grupo Rural).

Como resultado del análisis que hacen al Programa, consideran que las terapias y el apoyo brindado, no son de gran utilidad para las pacientes, en algunos casos su eficacia es nula y le confieren mayor relevancia a su propia intervención, la que describen como consejos, apoyo emocional, empatía al escuchar a la paciente, por ejemplo:

“...hay personas que vienen y otras que no, pero las que han venido vuelven donde mi con: “ah, mire, sabe que no saqué nada, la psicóloga me mandó al juzgado y allá la otra (asistente social) me dio una consejería no mas....Entonces mejor para ir a perder el tiempo, mejor vengo aquí, le converso a ud., que me oriente. Al menos me desahogo y quedo mas tranquila...”, (Grupo Rural).

Desde los relatos de otro grupo se agrega la visión que tiene que ver con las diferencias que perciben entre la atención prestada a estas mujeres antes de la implementación del Programa de Salud Mental (Prosam - PSM) y los meses que éste lleva operando. En ese sentido, consideran que antes era más directa la atención. En consecuencia, perciben que en la actualidad es más burocrático el sistema, ya que la mujer debe consultar a varias/os profesionales para, finalmente, ser derivada a psicóloga o médico encargado del PSM:

“...Pero, porque tenemos mas trámites que hacer. Ahora el paciente pasa con una asistente social y ella recién es la que puede decidir si la paciente está en condiciones como para que pase a Prosam o es algo simple lo que está pasando y ¡no se evalúa con un médico!”, (Grupo Urbano).

Sin embargo, aprecian beneficios en el hecho de existir un programa con un espacio físico propio, que tal vez, sea mas relevante para las personas que necesitan atención en el Prosam, y que tiene que ver con la privacidad. Esto sin duda, lo agradecen al considerar la carga estigmatizadora que rodea a las alteraciones mentales:

“Pero, ahora está mas privado...”, (Grupo Urbano).

Al explorar en las percepciones que algunos funcionarios tienen de la eficacia de terapias y apoyo social prestado, nuevamente se hace evidente, y así lo expresan, que el conocimiento que tienen en relación al tema, lo han construido individual y colectivamente, en base al escaso interaccionar con este tipo de mujeres, el que se da en situaciones circunstanciales, con la mayoría de ellos. Por tanto, está intensamente influido por apreciaciones muy personales, con pocos elementos objetivos en los cuales basarse. Los relatos de las mujeres o el parentesco con alguna de ellas, les sirve de sustrato para sus concepciones. Hacen un análisis crítico en relación a la forma en que el Prosam aborda la atención de las mujeres con estas problemáticas y que tiene que ver con la ausencia de trabajo en terreno del equipo de salud mental, el que consideran importante no tan sólo para objetivizar la magnitud de la violencia vivida por estas mujeres, sino que como una manera de evaluar los ejercicios y terapias recomendados a éstas:

“...después llegan a la casa y ¡espérate lo que va a pasar en la casa! Entonces, yo pienso que ahí, en esa parte, lo encuentro como malo. Y, lo que yo pienso es que debiera ser privado, y que se investigue. El rato menos pensado, llegue la asistente a la casa, un día D por ejemplo. Que diga la señora, que ese día me están dando (golpeando) y llegar allá. Entonces, así se pillaría un problema más o menos, yo pienso para mejorar este asunto”, (Grupo Urbano).

Respecto a las soluciones jurídicas dadas a estas mujeres, son muy categóricos al señalar que no son eficaces, en la medida que no ofrecen un abordaje integral. La mujer debe seguir todo un camino de derivaciones, hasta llegar a la instancia judicial, en la que inevitablemente se enfrenta al agresor, situación responsable, muchas veces, de la retractación de la mujer – lo que condiciona un rechazo, según describen, de parte de los funcionarios encargados de acogerla en esa institución, por consiguiente la próxima vez no será escuchada, deberá seguir viviendo con el agresor lo que la hace mas vulnerable en lo sucesivo, por el riesgo de agravarse la situación de violencia. Esto último, opinan, también es un factor que desincentiva a la mujer a confiar en que existen alternativas para la solución de su problema:

“...Me dijo, “qué saco con hacer la denuncia si lo van a dejar viviendo bajo el mismo techo y mas me va a pegar”, (Grupo Rural).

“...ellas se separan y vuelven, y ahora en el juzgado les dicen que no, si vuelven de nuevo, no las toman en cuenta. Entonces, se sienten desprotegidas...”, (Grupo Rural).

Cuando al grupo urbano se le plantea expresar su opinión respecto de las redes sociales de apoyo y su intervención en estos temas, y las soluciones jurídicas, no es posible reconstruir, desde su discurso, nada al respecto. Simplemente, callaron cuando se les preguntó, lo que es entendible dadas las características de este grupo y que fueron analizadas anteriormente.

4.1.4.2 Factores facilitadores y/o limitantes en su interacción con mujeres víctimas de violencia.

En el momento en que analizan este punto, el grupo rural, reconocen que existe, en su interacción con estas pacientes, un desequilibrio entre los factores que facilitan la relación y los que la limitan, a favor de estos últimos. Debido en parte a que se reconocen carentes de preparación académica para brindar una atención que abarque soluciones efectivas e integrales. Además, saben que son un recurso intermediario, cuando se autodenominan “sólo un funcionario no más”, que pesquiza y deriva al nivel primario donde están los profesionales que sí tienen la capacitación para atender las demandas de estas mujeres. Por otra parte, el hecho de pertenecer a la comunidad en la que ejercen su trabajo, tiene aspectos positivos para ésta interacción, ya facilita la convivencia y crea lazos de confianza con los demás habitantes, lo que es trascendente a la hora de acoger a una mujer en momentos dramáticos para ella, así como cuando deciden intervenir con el agresor mediante conversaciones tendientes a crear conciencia acerca del daño que provocan:

“...el hombre se tranquilizó un poco, mientras yo le hacía curaciones, mientras yo le conversaba...trataba de cambiar su actitud.....tratando de ¡yo darle una solución al problema!, (Grupo Rural).

No obstante, cuentan que esto también suele ser contraproducente. Precisamente, al haber relaciones de amistad o, en su calidad de vecinos, los coloca en una situación de vulnerabilidad si a las personas no les gusta o favorece las medidas tomadas por estos funcionarios, ya que lo consideran una intromisión en sus asuntos privados. Abundan relatos en los cuales se han visto involucrados en situaciones desagradables, llegando a las amenazas de agresiones y/o la pérdida del respeto y credibilidad hacia ellos. Esto les afecta en su calidad de agentes de salud, que tienen una determinada posición dentro de la comunidad:

“El hecho que trabajemos solos en postas, nos facilita y limita a la vez, porque nosotros conocemos a la gente que está a cargo de nosotros....nos sirve para conocer a la gente y conocer los problemas de la gente, pero a la vez nos limita en cuanto a nuestra actuación...porque trabajamos con nuestras comunidades, por lo tanto, no tenemos que estar mal con ellos...imagínese a mi me tienen un sumario ahora, por meterme en problemas de casados...”, (Grupo Rural).

Aparece, nuevamente, el desencanto en relación al poco respaldo del resto del equipo de salud, se sienten aislados, lo que también ven como una limitante:

“..Nos falta como mas apoyo...nos vemos como solos...tratamos de hacer las cosas, pero llegamos hasta cierto punto...porque falta mas comunicación (con el equipo de profesionales de la salud)”, (Grupo Rural).

Contrasta con el discurso de paramédicos y otros funcionarios de la salud, el de los grupos de profesionales. Estos tienen una visión mas positiva respecto a los factores facilitadores u obstaculizadores en el accionar del Prosam. La relación entre profesionales se da en forma mas fluida y donde la mayoría son mujeres les da, en sus propias palabras, una mejor comprensión y empatía hacia sus pacientes:

“...la verdad es que a raíz de esto, en que todos los médicos que trabajamos aquí.... Bueno, somos tres mujeres. Entonces, hay una alta sensibilidad. Además, se ha dado la situación de que somos amigas...yo les pido a ellas, por favor derívenme los casos que pillen con violencia...en realidad se ha cumplido bien la derivación desde los médicos.....hemos disminuido bastante la cantidad de gente que consulta tanto. O sea, las tenemos como bastante identificadas...”, (Grupo Profesionales).

“favorece que seamos mujeres. ¡Es una tremenda fortaleza! Que entre mujeres nos entendemos”, (Grupo RED VIF -salud).

Las/os funcionarias/os urbanos, desde su lugar en la estructura institucional, perciben como facilitador la privacidad en que se desarrolla la interacción, por el hecho de contar con el espacio físico, para facilitar el establecimiento de un nexo basado en la confianza, que permita a la mujer expresar sus necesidades y/o demandar atención sanitaria y/o apoyo. También, el carácter del/la funcionario/a o profesional encargado/a de acogerla, lo que para ellos es significativo, ya que describen este factor, desde su experiencia personal, lo que habla de la capacidad de empatía que poseen estos funcionarios. Como limitante mencionan el nivel de agresividad de las mujeres, al momento de consultar:

“yo pienso que es el carácter de las personas. ...Por ejemplo, si yo estoy en la puerta y estoy tan enojado, resulta que la persona va a tener miedo de ir a preguntarme. Entonces,..Ese carácter no va a relacionarse con lo que ellos necesitan y se van a ir para otro lado.” (Grupo Urbano).

Para los profesionales de la salud, especialmente los que integran el PSM, el trabajo que realizan como equipo de salud, lo ven como una fortaleza. La comunicación que han logrado establecer y las relaciones interpersonales favorecen el cumplimiento de los objetivos del Programa y la oferta a la mujer que acude en busca de apoyo y soluciones terapéuticas:

“...O sea, lo que facilita, yo diría que es la comunicación que tenemos como equipo. Hicimos una cosa en conjunto, y eso es bueno, para nosotros y para la señora...”, (Grupo Profesionales).

En otro ámbito, y que igual tiene que ver con fortalezas y debilidades, reconocen el largo camino recorrido en la ignorancia en relación a la problemática de la salud mental y la orientación de programas de implementación reciente, como en el caso de PSM. Esto debido a la falta de comunicación hacía todos los integrantes del equipo de salud. Sin embargo reconocen que se ha comenzado a trabajar en ese aspecto y que la capacitación debe continuar:

“...de repente, igual un poco de ignorancia porque algunas veces yo cuestioné, el manejo, en relación a mujeres muy jóvenes con medicamentos. De hecho, me chocaba, porque ¡como tan jóvenes, cómo no va a haber otra forma! ¿Me entiendes? Quizá, en eso también, yo podría decir que no me daba el tiempo de interiorizarme. No es que uno sea insensible a la situación, pero es que no da para todo. Pero, igual cuestioné mucho eso. Muy jovencita y tomando cosas. Entonces, sería bueno seguir capacitando...”, (Grupo Profesional -médico).

Como limitantes en su interaccionar con las mujeres con experiencias de violencia y trastornos mentales, consideran que el estigma que marca estos malestares es un motivo de resistencia para que aquéllas acudan en busca de ayuda y, terminan por naturalizar estos eventos de su vida. Por otra parte, surge como dimensión vital, la necesidad de otorgar una atención integral a estas mujeres y sus familias, no sólo en el momento previo y durante el tratamiento, sino que es imperativo atender a los requerimientos posteriores al alta. Para esto, es imprescindible la generación de otras instancias de apoyo social que le permitan a los sujetos permanecer sanos en el tiempo:

“...Y, alguna limitante yo creo que es la misma resistencia que tiene la gente de venir, por prejuicios, porque de repente consideran que el psicólogo es para los locos, por ejemplo. Entonces, bajar esa cosa, explicar que no es así, que tampoco es una enfermedad que les da a las histéricas, que desnormalizar la depresión también. “Es que llevo tantos años así...”, (Grupo Profesionales -PSM).

El grupo de profesionales, en el momento de hablar de debilidades tienen un sentido autocrítico respecto a las tareas pendientes. Consideran que el Programa de Salud Mental debía posicionarse internamente, desde sus integrantes para abrir las puertas a otros agentes de salud y lograr el trabajo de equipo óptimo:

“... Ahora, la debilidad es que yo creo que vamos a tener que abrimos más a incorporar a los demás equipos, o a las reuniones, o a hacer este tipo de asambleas, no se cómo podríamos

llamarlas, de estos temas de salud mental con los demás porque, si siento que nosotras estamos bien afeitados, vamos a tener que extender ese afeitamiento. Yo creo que los colegas se han integrado bien. De hecho, la idea es que por lo menos asistiera uno por programa, porque en realidad, atraviesa todo. Y esa es nuestra pata flaca en este momento, las derivaciones hacia nosotros. Porque entre nosotros ya... Pero esa es una fortaleza. Tenemos que partir por algo. Partir por nosotros de organizar el cuento bien...", (Grupo Profesionales - PSM).

En otro aspecto, un grupo de funcionarios/as percibe, en las personas que se atienden en el Programa, actitudes de rechazo a los talleres grupales, las que son generadas por la característica de poblado pequeño, en el que la mayoría de sus habitantes se conocen entre sí. Esto ocasiona, por un lado, temor a que se hagan públicos sus problemas particulares, con el consiguiente riesgo de estigmatización y el desagrado de encontrarse con sujetos conocidos. A esto, se agrega a la propia carga emocional, la de las otras mujeres, dado que en las sesiones grupales exponen y analizan las vivencias de todas y cada una de las asistentes. Estas situaciones colocarían, según lo expresado por estos funcionarios, en una situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres y eventualmente, a hombres que se atienden en este programa:

"...una señora me dijo lo mismo a mí, que yo la fui a citar pero, me dijo: ¿sabe? Que no quiero ir, porque están todas. Y, ahí cuando yo llegué, había dos o tres de mis vecinas que no tienen porque enterarse de cosas. ...algunas gentes no les gusta trabajar con otras gentes.....o, simplemente, no les gusta venir en grupo, porque....yo me he dado cuenta que, ¡le encanta que la psicóloga la atienda sola! Por ella la Dra. la citara todas las semanas. ¡Les encanta eso! ¡Solas sí! Pero, no en grupo", (Grupo Urbano).

Comparan, en sus relatos, los talleres realizados con anterioridad al inicio del actual programa, el que percibían como muy útil para las mujeres por cuanto les brindaba distracción además de proporcionarles herramientas de cuidado personal, lo que le confería mayor atractivo para aquélla:

"...tiempo atrás, había unos talleres que la gente los encontraba fascinantes....tenían relación con el cuidado personal, maquillajes parece....¡salían felices! Salían bien. Maquilladas. ...ese es el ambiente que la dueña de casa está....sí, porque si bien es bueno el tratamiento farmacológico, la gente está muy abocada a eso. No viven si no tienen la pastilla. ¡Se sienten pésimo!....entonces, quiere decir que son personas que pueden hacer un tratamiento mas psicológico que farmacológico", (Grupo Urbano).

Perciben impaciencia de parte de las mujeres, en el sentido de esperar ver resultados al cabo de poco tiempo de iniciadas las terapias, algo de lo que ellos están conscientes que no sucede al tratarse de este tipo de trastornos. Esto lo enlazan a la dependencia que muestran las

mujeres a las terapias farmacológicas, las que no obstante, reconocen beneficiosas en el tratamiento de estas alteraciones:

“...Yo pienso que si el paciente no se siente cómodo, de mala forma va a aprovechar el tratamiento que le haga el psicólogo...porque de todo lo privado que es, a la gente le cuesta exponer sus cosas. No se siente cómoda viniendo, todavía. Quizá, porque es muy nuevo (el programa). Quizá, porque no ven que tengan grandes mejorías en el plano que ellas están preguntando...porque pensando que es un programa Prosam, es como difícil decirle a la gente: “¡ya saquese toda la pena de encima!, ¡déjela de lado, ud. tiene que vivir su vida, tiene que ser relajada, tiene que tira para arriba! Pero, ¡cómo!””, (Grupo Urbano).

Hay que destacar que no está resuelto el trabajo en red. Esto es algo que esta pendiente por cuanto dos instituciones vitales dentro de la Red, no han logrado su integración. Por un lado la entidad policial, encargada de acoger en una primera instancia a la mujer que es agredida, no tiene una participación constante ya que habitualmente está cambiando al funcionario que la representa en la Red, lo que impide el trabajo en equipo y la colaboración intersectorial. Además, les preocupa la capacidad para acoger a estas mujeres, la empatía que se hace tan necesaria, sobretodo porque casi siempre es un hombre el encargado de recibir las denuncias y muchas veces, guiado por sus propias experiencias de socialización, tienen actitudes descalificadoras. Asimismo, la instancia judicial, encargada de los aspectos legales del problema de violencia doméstica, no participa. De hecho, refieren que ni siquiera envían un representante a las reuniones de la Red. Estas falencias debilitan, a su juicio, el trabajo de los otros sectores ya que desmotivan no sólo a éstos, sino que también a las mujeres que requieren atención en forma integral y oportuna. Rescatan que, aunque incompleta, su labor está rindiendo frutos y ya las mujeres reconocen que existen las instancias de apoyo necesarias, lo que contribuye a romper el círculo de silencio que por siempre ha rodeado a la violencia hacia ella:

“...quisiera hacerle un llamado a carabineros que es súper importante que esté con nosotros...Porque la mujer como que perdió un poco el temor de venir al consultorio. Ha sido bien aceptada. Pero, de repente, llegar hacia la autoridad uniformada, como que le cuesta, le cuesta todavía. Uno porque dicen: “son hombres los que atienden, entonces, como que puede estar la descalificación: “Bueno, algo le habrás hecho a tu marido por eso te pegó....Entonces, ahora, si siente el acercamiento, si tuviéramos una persona dentro de la red y nos pudiéramos comunicar.....”, (Grupo RED VIF - salud).

“...siempre estamos reclamando la participación del tribunal....siempre está la falencia del tribunal, desde que se fue la persona que los participaba. Entonces, yo creo que es el problema principal cuando analizamos los casos, siempre topamos ahí”, (Grupo Profesionales - PSM).

Este funcionamiento incompleto de la Red de Violencia, a su juicio, perjudica a la mujer y su proceso ya que se juega con sus expectativas puestas en las instancias encargadas de apoyarla en su camino en busca de justicia y protección. La ausencia de un trabajo en redes efectivo y eficiente le resta credibilidad a las instituciones y a las usuarias, desconfianza:

“... A nivel de instancias legales se sigue dando este mismo cuento. Todas las personas que hacen denuncias, por VIF, me las mandan de vuelta para hacerse terapia familiar, ni siquiera hay una evaluación de que si efectivamente, la señora quiere seguir con este hombre. O sea, no les preguntan nada, los mandan a terapia para que se arreglen, para que pase, no se, con una varita mágica, que vaya y le diga “señora vuélvase a enamorar de su marido y siga aguantando que le saquen la mugre”, (Grupo Profesionales -PSM).

Las características personales pueden ser, a juicio de estos sujetos, un factor que facilite o entorpezca la atención a la mujer, y que no tiene que ver con su preparación académica, sino mas bien con el grado de compromiso con las cuestiones sociales. Reconocen sus limitaciones personales basadas en el temor a involucrarse o perder la seguridad y comodidad en que viven y que no les permite asumir sus responsabilidades sociales:

“..Cuando uno tiene que ir a atestiguar algo...muchas veces, porque uno lo encuentra engorroso, no va y también deja la situación así. Por el tema del trabajo. O, por no meterse en problemas. Decir, tal vez, eso no me incumbe a mi...”, (Grupo RED VIF - docente).

4.1.4.3 Cambios propuestos a nivel institucional y/o personal.

Al plantear cambios, lo hacen apuntando a la institución y sus programas. Como se evidencia a lo largo de este análisis, su percepción al respecto es que no existe, para algunos, un trabajo de equipo eficiente y eficaz. No existe, tampoco, una postura autocrítica en el sentido de indagar en el propio accionar y reconocer algún grado de responsabilidad en las falencias que puedan tener los programas de salud o en la deficiencia de comunicación entre los diferentes estamentos institucionales. Por otro lado, perciben que, en general, los profesionales a cargo del programa, desconocen las realidades vividas por sus comunidades, lo que indudablemente, es un requisito para poder brindar una buena atención. Además, sienten que ellos deben realizar el trabajo sucio, por decirlo de algún modo, “mientras los de allá, se lavan las manos” Esto los obliga a vivir con temor:

“...me gustaría que fueran, que hicieran una visita a mi lugar...hay mucha violencia en el lugar....de niños...contra la mujer...yo vivo sola en mi posta....a mi me pueden hasta robar...entonces, yo no puedo hacer nada sola.....yo necesito apoyo, de una psicóloga que vaya allá y bueno.....que ella vaya por su cuenta a visitar los hogares....”, (Grupo Rural).

En consecuencia, los cambios deseados por ellos, serían un mayor trabajo en terreno del equipo a cargo del Programa; mejorar el nivel de comunicación desde y entre los profesionales de la salud:

” Es mucha la falta de comunicación que hay entre el director, entre todo el profesional. Digamos con el Consultorio. A nosotros nos tienen como el último recurso”, (Grupo Rural).

Acceder a la información de programas y propuestas de trabajo claras, para que estos funcionarios puedan ser agentes multiplicadores en sus comunidades; fortalecer el trabajo de equipo, considerando a todos sus actores, al margen de jerarquías; recursos humanos y materiales suficientes para abordar integralmente la problemática de la salud mental y violencia doméstica; potenciar las redes de apoyo social:

“..Entonces, cambiar, primero recursos, si se va a trabajar en este asunto. La información bien clara, y saber cuales son los pasos para nosotros tenerlos claro, para que nosotros podamos transmitir a nuestra comunidad...cuáles son las redes de apoyo , el apoyo palpable que tú vas a recibir ...y no virtual no mas. O sea, sí, están las redes, nos sentamos y nada mas...”, (Grupo Rural).

Al plantear cambios, el grupo urbano, lo hace apuntando a las herramientas utilizadas por el programa de salud mental y su funcionamiento. Reconocen que es un programa recién implementado, que lleva poco tiempo funcionando, que por lo tanto, no sólo es imposible evaluar en tan corto plazo, sino que por las temáticas que aborda, los resultados no se dan en forma inmediata. Dentro de las cualidades del programa mencionan los cambios de tipo administrativo, como el orden en las fichas clínicas y las horas de atención otorgadas en forma mas expedita; la infraestructura propia, con sala de espera que facilita la privacidad y la interacción entre pares y a la vez permite disminuir la tensión previa a la atención médica/psicológica:

“...como el programa está recién partiendo, mucho no se puede decir, pero hemos tratado de hacerlo lo mejor posible. Arreglar las cosas, en dar hora, todo. Yo que estoy ahí, veo que es así, que está funcionando bien. ...de hecho está mas ordenado, lo que es tarjeta porque antes ni los pacientes tenían tarjeta...”, (Grupo Urbano).

Aún así, creen que es necesario introducir algunos cambios en beneficio de las mujeres que en él se atienden. Estos dicen relación con un mayor trabajo práctico, en terreno, mediante el cual se realicen terapias grupales que pudieran ser más beneficiosas que aquellas efectuadas dentro del consultorio. Por un lado, servirían para evitar la monotonía, facilitado por el entorno natural y la posibilidad de una mejor interacción entre las mujeres, al hallarse en un

escenario más dinámico. Y, para evaluar in situ el correcto cumplimiento de las terapias. Cuestionan la capacidad de los profesionales para dirigir los talleres, considerando que los rasgos de la personalidad de éstos son importantes para lograr un trabajo dinámico y provechoso. Así mismo, perciben que es un factor de estrés para las mujeres, el que exista, en el programa, más de un psicólogo, debido a que la mujer debe relatar su historia, eventualmente, a cada profesional del Programa. En este punto juega un rol importante la subjetividad con que han construido conceptos:

“...muchas veces les da unos como ejercicios de relajación, para su hogar. ¿Lo estarán haciendo bien o mal? Yo cambiaría esa parte, de que se hiciera una tarde.....en vez de atender a los que están citados, mandarlos al gimnasio y ver si lo están haciendo bien. Entonces, ahí yo pienso, que la persona diría...., bueno que lo está haciendo bien, tú lo estas haciendo mal, no mejoras. Una tarde de relajación por grupos”, (Grupo Urbano).

“...Hacer una terapia en terreno. ¡Genial! Se tome la molestia, no se. Si tiene 5 o 6 citados, esos 5 o 6 ¡váyase a la plaza a conversar con ellos! Relajados.....te sirve para relajarte, tú expresarte. Crear mas amistad, a lo mejor, con otras señoras...”, (Grupo Urbano).

Por último, es importante para estos grupos, el seguimiento y/o inserción social de las mujeres tratadas, una vez finalizadas las terapias. Una tarea que consideran pendiente:

“.... lo otro que tenemos que retomar es la cosa post. Que no lo hemos hablado en las reuniones del Prosam. ¿Qué hacemos con la gente que asiste a los talleres, después? Retomar la cosa de que si se integran a algún grupo, en alguna educación, en algún taller de costura, de cocina, de lo que sea. Pero algo que ellas puedan después, seguirse desarrollando. Porque ahí, estamos como.....”, (Grupo Profesionales - PSM).

4.1.5 DIMENSIONES Y CATEGORÍAS DE ANÁLISIS EMERGENTES.

Al explorar en los discursos de los diferentes grupos fueron surgiendo otras dimensiones que no estaban consideradas al iniciar la investigación y que sin embargo, son relevantes por cuanto aportan percepciones y creencias respecto a la violencia de género en el ámbito doméstico y sus consecuencias en la salud mental femenina.

4.1.5.1 CONTEXTO SOCIECONÓMICO.

En forma reiterada surge en estos relatos la violencia económica. Para estos funcionarios, hay una asociación intensa entre violencia y el aspecto económico, y que contribuye al deterioro de las relaciones en el seno familiar, en donde la mujer y las hijas/os son el punto más vulnerable. En este escenario, la mujer, desde temprana edad es tratada como individuo de segundo orden al ser tratado como un objeto de transacción, sin considerar sus propias decisiones o anhelos. Esta anulación como sujeto, primero por los padres y luego de adulta, al establecer una relación de pareja, perpetúa su subordinación, al ser traspasado estos derechos sobre la mujer, al hombre. La carencia material es la justificación que para cometer atropellos como el que relata un agente de salud rural:

“...a ella la casaron...cuando tenía 12 o 13 años...la mamá la vendió por dinero. Entonces la casaron a la fuerza...”, (Grupo Rural).

4.1.5.1.1 Desempleo y precariedad laboral.

El grupo rural establece, en sus relatos, la importancia que tienen las condiciones de trabajo, el alto nivel de cesantía, determinados por las características del sector, en que la economía está, mayoritariamente, basada en la pesca artesanal y labores agrícolas que por definición tienen carácter temporal y dependiente de las condiciones climáticas, en el caso de la pesca, en la génesis de la violencia intrafamiliar. Según estos funcionarios, esta condición de inestabilidad laboral crea un escenario de pobreza material que favorece un ambiente de violencia, tanto para el hombre como para la mujer, y si consideramos que las relaciones de género están asentadas en la inequidad, en donde el hombre tiene un estatus de poder, la mujer será por consiguiente la destinataria natural de las frustraciones de aquél, expresándose en las diversas formas de violencia que han comentado, lo que repercute en la salud mental de aquélla:

“..Todo es asociado por la misma situación. El problema es que cuando la pesca está buena, todos andan sanos. Cuando la pesca está mala; dos tres cuatro meses donde no sale pesca, se estresan los maridos, se estresan las señoras, por el mismo hecho de que la situación económica se torna más o menos crítica”, (Grupo Rural).

“...porque aquí (lo que) tenemos son problemas sociales, económicos y que al final llegan a un problema psicológico...mental, emocional, en fin, que abarca la situación”, (Grupo RED VIF).

Desde otro grupo se refuerza lo anterior, y la pobreza material es una dimensión que emerge con frecuencia en su discurso ligado al género, en relación a los roles asignados tradicionalmente a los sexos. Así lo grafican cuando discuten acerca de la necesidad de las mujeres, de obtener ingresos a través de labores históricamente realizadas por hombres. Paradójicamente, son masculinas las voces que surgen, y que expresan la idea que esta división del trabajo según el sexo ha ido cambiando y ellos también pueden, eventualmente, desempeñar labores consideradas más propias de las habilidades femeninas. Influyendo, además, en este cambio la situación de cesantía y precariedad laboral que afectan a la población:

“hay muchas mujeres....que están haciendo un trabajo de hombres....por la necesidad de trabajar, tienen que tomar un actitud de hombre, para poder estar ahí. En un medio que es de hombre....para poder conseguir dinero para su casa”, (Grupo Urbano).

“..Son opciones que se nos presentan a todos, porque si llegara una empresa textil, algo mas dedicado a la mujer, aquí donde la cesantía es bastante grande en este pueblo. ¿Por qué el hombre no podría estar?”, (Grupo Urbano).

Obviamente, estas condiciones económicas no sólo repercuten en el aspecto material de las personas, influyen emocional y psicológicamente. Lo que, relatan, se expresa a través de la disminución de la autoestima, en ambos géneros, porque son embargados por la desesperanza ante la falta de oportunidades, la que se refiere no sólo a lo material, sino también a la poca capacidad o aptitudes de participación social o, de generar estas instancias. Por otro lado, tampoco hay muchas ofertas en ese sentido, a lo más los clubes deportivos. Esto es visto por ellos como ausencia de redes de apoyo efectivas:

“No hay instancias de desarrollo en este pueblo...Ni de trabajo, lo que influye en la autoestima de hombres y mujeres. Por eso hay tanta violencia”, (Grupo Rural).

Indudablemente, para ellos, parte de la solución al problema pasa por mejorar las condiciones laborales de la población. Así queda expresado en las siguientes opiniones:

“cuando empieza la plantación....desaparecen todas esas personas que llegan siempre a consultar....empiezan a trabajar y se sienten activas...”, (Grupo Rural).

4.1.5.1.2 Nivel de escolaridad y privación intelectual sociocultural.

A través de su narración, establecen que el factor escolaridad es relevante cuando se trata de contar con herramientas de desarrollo personal. El que no sólo se refiere a las oportunidades laborales que ésta pudiera facilitar, sino que a la capacidad de comprensión del entorno como sujetos sociales, ubicados espacial y temporalmente en determinada realidad socio-cultural, partiendo, obviamente, del propio autoconocimiento. En el bajo nivel de escolaridad, está la base de las condiciones socio-económicas, que impide acceder a una educación más prolongada. Pero, también hablan de la falta de aptitudes de estas mujeres, para generar sus propios recursos, de habilidades para interactuar con otros sujetos en condiciones de equidad. De acuerdo a lo que expresan, también esto pasa por una desmotivación ó, desconfianza de las propias capacidades, lo que estaría influido por el mismo proceso de socialización, durante el cual han sido anuladas como sujetos, otorgándoles sólo valor como entes con roles sociales preestablecidos que debe cumplir:

“...yo creo que también es la falta de educación. Porque la gente de estratos bajos, especialmente en las poblaciones, se ve más. Aunque, igual, de la sociedad mas o menos media, por ahí, igual se ven casos. Pero, no es tanto”, (Grupo RED VIF -docente).

..”Aparte de eso, la educación es súper baja, allá, por ejemplo, tengo gente que es analfabeta...con tercero, sexto básico, raro pillar a alguien con cuarto medio...contada con los dedos.....el coeficiente intelectual de ellos es muy bajo...”, (Grupo Rural).

Si bien los funcionarios urbanos no explicitan que el nivel de escolaridad y/o la privación intelectual sea factor causal de violencia de género, esto se desprende de su discurso cuando se refieren a la falta de medios debido a los altos índices de cesantía que existe en la comuna. Además, siguiendo sus relatos, ambas variables se sinergizan para limitar de forma importante la capacidad de autogestión de estas mujeres y contribuir a las relaciones de género asimétricas:

“...ya que ellas no trabajan, ya que no hay trabajo para ellas y ellas no han tenido ocasión de tener un estudio, para que esté trabajando y ayudándole al marido”, (Grupo Urbano).

4.1.5.1.3 Alcoholismo.

Como consecuencia de los factores señalados, aparece en sus relatos, otra figura, la que también es vista como causal de la problemática de violencia vivida en estas comunidades. Esto es, el alcoholismo, lo que es percibido como un problema de gran magnitud por la proporción de personas alcohólicas y por los efectos que ocasiona. Los largos meses de cesantía, junto a la falta de expectativas de crecimiento personal, inducen a los hombres, y

mujeres, a refugiarse en el alcohol y por consiguiente, su efecto lleva a agravar situaciones, teniendo como resultado final las agresiones, lo que refuerza la idea acerca de los múltiples factores involucrados en el desarrollo de violencia doméstica y las alteraciones mentales que afectan a las mujeres:

“..Generalmente, la mayoría de posta, trabajadores.... son buenos pa`l litro. Entonces, ahí hay bastantes dramas en la casa...”, (Grupo Rural).

“Bueno, en todo el país sucede lo mismo. El problema del alcohol y las drogas también, son un problema. En todos, porque el papá, los hijos, cuando llegan en estado de ebriedad y se colocan violentos. Y empiezan con los hijos, las mujeres. Los echan de la casa....las mujeres, en el momento que están afectadas llaman a carabineros....Entonces, el problema empieza por ahí.....A veces, la gente..., peso que encuentra...se lo toma todo y ahí queda. ¡No aporta nada para la casa! Y hace sufrir a la familia”, (Grupo RED VIF -docente).

El siguiente relato, además, trasluce el discurso justificador de la violencia doméstica y que está más o menos encubierto en el discurso de la mayoría de los sujetos investigados:

“...generalmente, cuando el marido es bebedor. Porque todo es lo mismo, que le hace mal el trago. Por eso el esposo le saca la mugre. Entonces se curan y le pegan a la señora”, (Grupo Urbano).

4.1.5.1.4 Ruralidad, etnicidad y racismo.

En los relatos de algunos grupos aparece otro componente de gran peso en la problemática analizada. Esto se refiere a la responsabilidad otorgada a las costumbres y valores socializados en los sectores rurales con fuerte influencia indígena, lo que traduce prejuicios- no conscientes- en su discurso. Esto, al describir la ubicación geográfica y la etnicidad, como determinantes en la presencia y naturalización de la violencia, situación que a juicio de ellos, no presentan otros habitantes del país. El sesgo racista en su discurso se desprende cuando, en varias oportunidades, se refieren al origen del machismo como propio de las etnias mapuche y lafquenche que habitan en la zona. Y, peyorativamente, hablan de degeneración de la raza- referencia a la endogamia, práctica común en esos sectores rurales:

..Ellos... (En el campo) están acostumbrados a eso....el machismo es mas marcado.....uno fue criado en forma distinta, no tan machista, un tipo de cultura distinta...”, (Grupo Rural).

“...en la población rural, la cultura que existe es que: “total, es mi marido no mas el que me pega”...y la mujer tiene que tener mas aguante....en la población rural y mas pobre, es como

asumido, la violencia intrafamiliar. Es como normal, es dentro de su cultura”, (Grupo RED VIF - salud).

“..son mezclas entre familias...entonces, uno dice, se va degenerando la raza...aparte de estar criados en patriarcado, como se criaron en mapuche, en sus raíces mismas, que manda más el hombre que la mujer...”, (Grupo Rural).

4.1.5.1.5 Familia monoparental.

Desde otros sujetos surge una nueva dimensión, que es de tomar en cuenta porque es una realidad en nuestra sociedad, y sus implicaciones que tiene en la estructura social: la familia monoparental. Aparece en los relatos como un factor que gatilla situaciones de estrés en la mujer debido a que debe sumar otro rol a los ya conocidos. Por supuesto que esta nueva variable se sinergiza con las otras dimensiones que contribuyen al deterioro en la salud mental de las mujeres:

“...pero, ¿por qué te pasa eso? No solamente te pasa por maltrato, sino que a veces también te pasa porque estás sola. Hay mucha mujer que está sola y están solas luchando. Entonces, hay un momento que si tienen al hijo enfermo, no tienen comida, no tienen esto, lo otro, ya la situación las sobrepasa...”, (Grupo RED VIF -salud).

4.1.5.1.6 El rol de la Religión.

La religión es un nuevo tópico que surge desde los relatos del grupo de profesionales. Hacen una asociación directa entre ésta y las actitudes de las personas, sobre todo en los estratos socioeconómicos más bajos, con escasas instancias de empoderamiento y desarrollo intelectual. Este discurso lo enfocan desde varios ángulos: uno que dice relación con la ideología religiosa, con su carga valórica, la indicación de resignación de la realidad que les toca vivir, lo que adormece la capacidad de crítica en el ser humano; la sobreprotección y paternalismo de la Iglesia que fomenta la comodidad y desinterés de los sujetos por esforzarse y generar herramientas de autoayuda y; por último, la responsabilidad social de los líderes religiosos y que no actúan en consecuencia toda vez que, tienen un doble discurso que avala las conductas agresivas y prepotentes de los hombres. Este comportamiento, al decir de estos profesionales, profundiza aún más en las inequidades e injusticias de género:

“... yo diría que esta cuestión se manipula desde las grandes esferas. El fatalismo. ... Son mensajes subliminales que van para la gente que tiene pensamientos mágicos, que cree que todo va a cambiar por esta cosa mágica, porque perdió las esperanzas, que no tienen nada. Entonces, yo digo que es una característica de la pobreza cultural, de la pobreza intelectual, de

la privación sociocultural. Y, tiene que ver con eso, o sea, esto cambiará, alguna cosa mágica. Pero yo ¡no puedo hacer nada para cambiarlo!” (Grupo Profesionales).

“...yo siento un poco que el tema religioso aquí es bien imperativo, porque nosotros tenemos casos en el programa..., yo diría que los más severos que vi. Ha existido una pertenencia a algún grupo religioso,... Y un temor a denunciar por lo mismo, porque pertenecen a esta suerte de ¿organización? en la cual hay un líder, ¿cierto? que cómo va a ser el malo, si él es el valorado por la comunidad. Entonces, cómo voy a revelar que él es el agresor. Entonces, y como ven aquí, la mayoría de la gente, pertenece, y con mucho fervor, a la religión. Por lo mismo por que (es) una instancia de unión, de juntarse con otras personas. Yo siento que, también, les ha jugado como un rol negativo, en el sentido de, como todos se conocen adentro de las agrupaciones. Para develar los nombres en el momento de ser capaz de notificar o de denunciar este tema. De la violencia intrafamiliar, ya hablando propiamente tal...” (Grupo Profesional - PSM).

4.2 DESDE LOS RELATOS DE LAS MUJERES: ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

4.2.1 CARACTERIZACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS.

Si bien la totalidad de las mujeres de este estudio, comparten ciertas características, por ejemplo, condición socioeconómica y escolaridad, cabe destacar la existencia de una diferencia fundamental al momento de diseñar la muestra. Esta diferencia tiene relación con los resultados de la prueba de tamizaje realizada, previamente, a estas mujeres, para detectar la presencia de violencia. De acuerdo a lo anterior, de las diez mujeres seleccionadas, se escogieron cinco que refirieron vivir en situación de violencia física y/o psicológica y cinco que no reconocían violencia de ningún tipo. Esto fue intencionado con el objetivo de evaluar y discriminar entre los diferentes modos de acercamiento a la problemática de la violencia doméstica. En el caso de los sujetos que no reconocían violencia, la entrevista fue un medio útil para que una parte de estas mujeres, colocadas en una situación que favorecía la máxima confianza y privacidad, reconocieran eventos de violencia psicológica y sexual.

Algunas de ellas viven, actualmente, en el área urbana de San José, la mayoría proviene de zonas rurales de la región y que llegaron a asentarse al lugar para trabajar y/o para casarse, estableciéndose definitivamente allí. Otras continúan viviendo en sectores rurales aledaños. El nivel de escolaridad oscila entre básica y media incompletas, ninguna alcanzó un nivel superior de estudios. En relación a la ocupación, la mayoría es dueña de casa con dedicación exclusiva. Las pocas que trabajan remuneradamente, lo hacen como asesoras de hogar, labores de aseo, temporeras en la recolección de fruta y comercio de comida y/o producción agrícola propia a pequeña escala. Por consiguiente, no cuentan con ingresos

propios, o éstos son bajos. Este dato es importante al momento de analizar la distribución del poder al interior de la pareja. El ingreso familiar es aportado, en general, por el marido, siendo inestable en muchos casos ya que se trata de obreros urbanos y agrícolas, mayoritariamente subempleados o con empleos de temporada.

Todas estas mujeres, al momento de la entrevista, estaban con pareja –casadas legalmente o convivientes- o, de separación reciente. Esto, como resultado de acciones judiciales iniciadas por las denuncias de violencia intrafamiliar o, por decisión personal, como consecuencia de aquélla. Varias de ellas registran más de una pareja a lo largo de su vida. Un dato repetido es el inicio precoz de la vida en pareja, alrededor de los 13 a 15 años. Excepcionalmente, alguna se casó más tardíamente. Sin embargo, con maternidad temprana o, fuera de una relación establecida.

Cabe señalar que, para efectos de identificar si los relatos corresponden a mujeres con violencia reconocida previamente o no, se señala cada párrafo con los siguientes símbolos: **(Mujer VIF -)** sin violencia y, **(Mujer VIF +)**, indica sujeto con antecedentes de violencia.

4.2.2 MALTRATO Y ABANDONO EN LA NIÑEZ.

En los relatos de estas mujeres aparece, reiteradamente, el tema de la infancia dolorosa que les tocó vivir. Esto indica la importancia que para ellas tiene esa etapa de sus vidas. Para algunas fue difícil recordar, ya que estaban abriendo heridas que sólo deseaban olvidar. Aunque unas pocas creían haber tenido una buena infancia, igual reconocían abandono o falta de cariño. Un relato refleja esto:

“Resulta que mi mami, no sé..., parece que a mi nunca me quiso. A los 8 años me pasó donde una familia para estar ahí, (para) ayudarla, a la señora que estaba recién casada. Pero resulta que yo allí sufrí enormemente ahí, porque la señora me pegaba. Una vez inclusive estaba haciendo fuego y ¡yo no sabia! si tenía 8 años, y sabe que yo estaba soplando el fuego y viene ella y ¡casi me mete la cabeza en la estufa! Si no es por mi hermano que llega. Él me salvó. ¡Y (Yo) tenía 8 años! Pero no entiendo por qué, siempre conmigo, pasándome por ahí, dándome en otro lado....”, **(Mujer VIF -)**.

Excepcionalmente, una mujer dijo no recordar nada de interés en su infancia. Sin embargo, casi al final de la entrevista, apareció un dato que, reconoció, sí marco tristemente su niñez: Intento reiterado de abuso sexual por parte de un sujeto de la familia:

“...Bueno, cuando niña tuve una vida muy triste porque mi papá se fue a la cárcel. Después salió, pero...súper malo... Nos desconoció. Era violento, con mi mamá también. Le vivía pegando.....Nos maltrataba psicológicamente, físicamente, (Mujer, **VIF +**).

La violencia intrafamiliar, incrementada por el alcoholismo de la madre, significó en un caso una experiencia desoladora, mas aún si se tiene en cuenta la importancia dada a los diferentes roles de los progenitores. Por lo tanto, lo traumático resultó ser la ausencia de la figura materna, aumentando la percepción de vulnerabilidad de las hijas e hijos:

“yo me crié en una familia, que era..... mi papá, maltrataba a mi mamá, entonces me crié viendo que.....el maltrato familiar y me acuerdo que yo me sentía muy impotente porque no podía ayudar a la mamá, yo era chica todavía, me escondía debajo de las mesas..... de donde me podía esconderme me escondía, me tapaba los oídos pa’ no escuchar y lloraba mucho yo en la noche, siempre me acordaba y lloraba.....fue triste”, (Mujer **VIF -**).

“Mi niñez fue hartito triste porque, la sufrí hartito con mis papás. Especialmente con mi mamá...nos castigaba, nos echaba para afuera....mi mamá en ese tiempo tomaba. Se peleaba con el papá y de ahí nos pescaba a nosotros.....”, (Mujer **VIF+**).

En este sentido, la imagen de la madre es percibida claramente como subordinada a la violencia y voluntad del hombre, sustrayendo así, la protección necesaria a las hijas, lo que representa un modelo negativo que siembra decepción e impotencia:

“... mi mamá era muy... era, no se..... Cobarde diría yo, tímida. Cobarde y tímida. No tenía palabras, no tenía nada, no podía defendernos, solamente callaba. Y, (daba) como impotencia al ver que la mamá era así y nosotros suplicábamos “¡mamá por favor, ayúdanos! que estamos pasando este mal momento”, (Mujer **VIF+**).

La orfandad, el ser hija de madre soltera, es un factor que las hace más vulnerables, exponiéndolas a sufrir malos tratos, principalmente de la pareja de la madre y/o la familia de éste:

“.....por ejemplo, cuando comía, decía (padrastra) que yo comía mucho y tenía que dejarle a los chicos, así como cuando estaba sentada me decía que tenía que hacer algo, que no tenía que estar todo el rato sentada. Siempre me negó la comida. Yo me sentía mal... yo supe hasta los 12 años que el no era mi papa.....”, (Mujer **VIF+**).

También se da el hecho de que por ser un gran número de hijos/as, los padres optan por darlos a abuelas o tías para que se hagan cargo de su crianza, lo que puede ser positivo y realmente significar un beneficio para la criatura y su integridad física y mental, termina por transformarse en una experiencia traumática para ésta, con todo el dolor y sensación de abandono que implica:

“...nosotros fuimos 12 hermanos...12, entre los 12 había dos mellizos, que era yo y otra guagüita...que era hombre...a mi me dieron con una tía..”, (Mujer **VIF+**).

La situación de maltrato en la niñez incluye el abuso sexual y la explotación laboral. Esto último es algo generalizado en la vida de las mujeres más pobres, ya que desde pequeñas deben colaborar en los quehaceres del hogar. Pero, en algunos casos llegó a niveles extremos como en el caso de la madre alcohólica cuyo rol debió ser asumido por la hija en tanto era la mayor y bajo riesgo de castigos si no cumplía con las exigencias:

“...sí, nosotros, los dos más grandes éramos lo que teníamos que ver con todo, cuidar a los hermanos más chicos... “, (Mujer **VIF +**).

Lo anterior significa, muchas veces, que deben interrumpir sus estudios, ya sea para salir a trabajar fuera del hogar o, hacerse cargo del rol que correspondía a la madre dentro del hogar:

“...yo llegue hasta 4° básico. Por lo mismo, ya que cada vez que ella (la madre) salía nosotros teníamos que quedarnos con los hermanos chicos. Si no los (nos) quedábamos, ella nos pegaba....”, (Mujer **VIF+**).

En el caso de abusos sexuales, que en un caso llegó a la violación reiterada –padre a hija- es una realidad que se repite, aunque no siempre es consumada la violación, los asedios habituales y las amenazas son una constante con las que estas mujeres deben convivir a diario en la infancia:

“Así que yo me defendía como podía no mas. Y después, últimamente, él me dijo que prefería verme muerta, eh... si no quería ser su mujer, si no me quería ir con él, prefería matarme y así no iba a ser de nadie, y eso a mi me daba mucho miedo”, (Mujer **VIF -**).

La indefensión que ha marcado sus vidas, se torna más dolorosa e inaceptable, para ellas, cuando el agresor y los responsables de su protección son los seres más significativos en la vida de una menor, como es el caso de la madre o el padre:

“Primero, este..... fue por venganza que me violaron, porque yo acusé a esa persona que estaba abusando de mi hermana y...y corrí muy fuerte. Incluso le llegué a ganar a esa persona, el iba en bicicleta y yo así, corriendo. Le dije a mi mamá, que trabajaba en el colegio, que esa persona estaba abusando de mi hermana y.....”, (Mujer **VIF+**).

El abandono físico o emocional, la violencia de parte de uno o ambos progenitores incuba, en estas mujeres, el anhelo de generar su propio espacio pensando de este modo escapar a la dura realidad vivida con la familia. Esto, les permitiría abrir una instancia de desarrollo personal, donde ser dueñas de su vida. En este contexto, dos son los caminos que ven como factibles de seguir; el empleo o el matrimonio. En el relato de estas mujeres es común encontrar como justificación al inicio temprano de la vida en pareja a una infancia traumática, marcada por la violencia intrafamiliar, alcoholismo del padre o madre y/o abandono:

“...de aburrida, de aburrida (me casé). A mi, todos me rechazaban, mi familia. Todos me rechazaron....”, (Mujer **VIF+**).

“...Después yo me aburrí, me case y me fui de la casa, me arranque... tenía 14 años cuando me case.....”, (Mujer **VIF+**).

Los hijos/as, producto de relaciones tempranas o el abandono del progenitor, son a menudo, un factor importante a la hora de decidir aceptar un hombre en su vida, buscando un camino de salida a la opresión y maltrato que viven, el que se extiende a los hijos/as, en la creencia que recibirán protección y cariño:

“... (Me casé) Por darle un hogar a mi chico, porque mi papá vivía pegándole igual como nos pegaba a nosotros. Entonces, dije, no quiero darle el mismo sufrimiento a mi chico. Pero ()...”, (Mujer **VIF+**).

La percepción, muy común en las mujeres, de que necesitan de un hombre para sentirse completas e invulnerables, las conduce a buscar ávidamente la compañía de una pareja masculina, confiando ciegamente en que éste las sustraerá de la soledad y sufrimiento. Cuando han transitado el camino de la decepción, generalmente, el dolor se ha instalado definitivamente en ellas:

“...que yo no era hija, que era una huacha.... Y llegó este hombre que yo se lo presenté ahora. Yo lo miré de pie a cabeza, y me dije yo, porque el me habló a mi, me habló una tarde... me dibujó, la tierra, el sol y todas las cosas.....Como todo hombre. Entonces yo dije, “este hombre es bueno”. Me caí yo y se cayó él...”, (Mujer **VIF+**).

4.2.3 IDENTIDAD DE GÉNERO.

Respondiendo a las ideologías de rol genéricas adquiridas en el transcurso de la socialización, estas mujeres relatan con evidente orgullo, los atributos que las hicieron merecedoras de la atención de un hombre, entendiendo que ser buena madre, esposa abnegada y dedicada al hogar corresponden al ideal necesario para ser apreciadas como mujer:

“él me dice que se caso conmigo porque me quiere y porque lo que mas le llamaba la atención era que era buena madre, porque él me conoció con mi hijo mayor y yo donde iba andaba con él y nunca me vio con otro hombre, o sea el me conoció con mi hijo pero nunca con otro hombre. Entonces esas cosas le llamaron la atención a el porque yo me dedique solamente a ser madre y... me dice todas las cualidades, todo lo que signifíco para el, o sea que si yo no estuviera, que la casa ya no.....ehhh se terminaría, se iría todo abajo, si los separamos se iría todo abajo”, (Mujer **VIF -**).

La capacidad de trabajo y dedicación de la mujer, son cualidades que la hacen elegible como esposa y madre de los hijos, sin que sea considerada la posibilidad que sea ella la que elige al hombre:

“El no se junto conmigo por lástima, sino que el dijo que algún día tendrás que llegar a mi lado y siempre me mandaba a decir así con mis hermanos, que yo no esté mas en el campo porque a mi no me iba a servir, ya que yo era una mujer luchadora, porque a mi me gusta trabajar”, (Mujer **VIF -**).

4.2.3.1 Subordinación.

De sus relatos se desprende la importancia del proceso de socialización en la generación de su propia identidad y la reconstrucción de roles, asumiendo en forma natural los modelos recibidos desde su infancia, en el seno familiar, en el cual el ejemplo de subordinación impide a la mujer tener conciencia de su valía. Es así como renuncia o no se atreve a romper el círculo de violencia que la rodea, para darse la oportunidad de una vida digna y con posibilidades de desarrollo personal:

“Sí, toda la vida. No se si por miedo. Yo creo que por miedo mas que.... que por amor, no, no. Incluso, nosotros le decíamos que ella (la madre) debería rehacer su vida, porque.... no estar con ese hombre que es alcohólico, pero ella no...”, (Mujer **VIF+**).

Siguiendo la senda del modelo materno, la mujer debe someterse a la voluntad de otros en aras de la relación familiar, debiendo acceder a los requerimientos de lo que culturalmente es considerado ser buena esposa y madre, aun a riesgo de anularse como sujeto; si se rebela debe asumir los costos sociales y familiares que ello implica:

“...claro, porque nadie estaba de acuerdo en la casa que yo trabajara, porque supuestamente las niñas se quedaban más solas y yo tenia que llevar a las niñas en la pensión que yo trabajaba y eso a nadie le gustaba....”, (Mujer **VIF+**).

Entre las cosas que la mujer debe asumir está la responsabilidad de entregar cariño y protección a las hijas e hijos, aun si tiene que reprimir sus sentimientos de frustración o rabia ante la dominación y malos tratos masculinos. Ha internalizado desde temprano que es su deber evitar dolores a los seres queridos, con abnegación y resignación bien de otros:

“Bueno mi hija los (nos) ha visto pelear, pero muy poquito, porque esto pasaba por lo general cuando ellas estaban en el colegio. Siempre he tratado de evitar que ellas crezcan en eso...”, (Mujer **VIF+**).

Abundan, en los relatos, ejemplos de la subordinación y aceptación del maltrato. La siguiente frase corresponde a los consejos dados por una madre a la hija, en el que rescataba las bondades del padre, que hacían el tema de los malos tratos, insignificantes:

“Ella me contaba que, independiente a como fuera, lo único que importaba era que no faltara nada en la casa. Ella quería que yo fuera como ella con su marido”, (Mujer **VIF +**).

De igual modo, y muchas veces, como una forma de evitar el enfrentamiento, la mujer asume actitudes de servidumbre, mediante las cuales premia al hombre con protección y cuidados:

“...de ahí se acostaba a dormir él poh, ¡feliz de la vida! Yo le hacia sopas y se las daba calientitas y se iba acostar”, (Mujer **VIF+**).

La dificultad de la mujer para asumirse como sujeto pleno, con recursos y capacidades propios para defenderse ante las agresiones y dirigir su vida, la lleva a buscar siempre la protección de otro hombre, es así como este rol de defensor y protector es trasladado a los hijos:

“Pero, eso sí que lo tiene así (hace un gesto con la mano), porque conversa con él, como un militar..... y lo atrinca. Si ahora iba solo a sacar una plata al banco. Si va con plata. ¡El a mi no me pasa ni mil pesos! El llega allá y le pasa la plata al hijo y el hijo me da a mí. Es así”, (Mujer **VIF+**).

Otro ejemplo de sumisión lo aporta una mujer con hijo anterior al matrimonio, el que es asumido por la nueva pareja. Esto en relación a los derechos y deberes del padre biológico, los que la madre no se atreve a exigir sin la autorización del actual marido:

”... no, porque yo ya no me mando sola, tendría que pedirle la opinión a mi marido y mi marido me dice que no porque..... Marco ya es de él, no tiene nada que ver el otro con él, lo crió él y él le esta dando los estudios...”, (Mujer **VIF-**).

4.2.3.2 Asimetría de Poder en las Relaciones Intergéneros.

La desigualdad en la distribución de poder al interior de la pareja se manifiesta, en el relato de las mujeres, fundamentalmente, a través de dos aspectos: la distribución de los recursos económicos que posea la familia, sean estos generados por el hombre o no; y la autoridad sobre la mujer y las hijas/os:

“Si me vendió todo. Si yo quedé con....casi dos hectáreas son y estamos ahora en 17 metros, de frente. ¡Todas esas casas que UD. ve para allá! todo el terreno era mío. El buscaba un comprador (e) y íbamos a la notaria... me hacia firmar, ya poh, así... me hacia sonar los dedos. Y tenia que entregar....me dejaba, a veces, 5 lucas...”, (Mujer **VIF+**).

Si acaso la mujer plantea la necesidad de emplearse para aportar a la economía del hogar, es poco probable que el hombre no esté de acuerdo ya que se vería menoscabada su imagen de macho proveedor, que le da prestigio y poder. Por su parte la mujer, asume que debe pedir permiso:

“...no, porque dice que él era el que tenia que buscar (dinero) para la casa y porque yo era su mujer. Era muy machista. Pero acá se le acabo lo macho porque era otra la realidad que había que afrontar”, (Mujer **VIF-**).

Cuando la mujer se niega a aceptar la presión masculina y se rebela, la reacción del hombre, expresada en golpes y/o descalificaciones hacía la mujer, no se hace esperar; este es el testimonio de una mujer que a pesar del largo camino de violencia y dolor, ha sido capaz de erguirse en un claro ejemplo de resiliencia:

“... Y adonde esté yo, creo que, yo siempre voy a progresar mas que él. Porque a mi me gusta administrar bien el dinero y no me gusta que se me vaya el día. Entonces, por eso, yo siempre voy a producir más que él... Es como (que) siente un celo por mi, mi marido, es como que todo lo bueno lo encuentra en mi y el se siente como impotente, y el dice “Oh, porque a ella lo mejor” y yo no puedo hacer eso”. Algo así lo entiendo yo, no porque sean celos de... de que sienta celos por otra persona que este al lado mío, no sino que celos de mi persona, de repente...”, (Mujer **VIF+**).

4.2.4 LA VIOLENCIA EN LA VIDA DE LAS MUJERES.

El comienzo de las agresiones sucedió en forma variable. Mientras algunas mujeres reconocieron que desde el comienzo de su relación de pareja, el hombre tuvo el mismo comportamiento violento, la mayoría relató que mientras duró el pololeo no hubo muestras de violencia, situación que cambió en cuanto iniciaron la convivencia:

“... a ver... mi historia con él. A un principio fue difícil, él siempre se las arreglaba pa’ hacerme daño, así psicológicamente, a veces me dejaba con la comida servida y se mandaba a cambiar pa’ donde una ex novia que tenia. Y eso me hacia mucho daño...”, (Mujer **VIF -**).

“yo estuve como 4 años pololeando con él, nunca demostró lo que iba a ser. Me casé con él y empecé a sufrir inmediatamente”, (Mujer **VIF -**).

4.2.4.1 Expresiones de la violencia.

La violencia física es la forma mas fácil de reconocer, obviamente, por las secuelas visibles que ha menudo deja. Definitivamente, esta investigación estableció que las experiencias de violencia en la vida de las mujeres son de larga data, iniciándose en la infancia, siendo socializadas de acuerdo a patrones agresivos al interior de la familia:

“...el era muy mañoso, me golpeaba, me dejo sorda, me reventó el tímpano...”, (Mujer **VIF+**).

En tanto, la expresión psicológica de la violencia doméstica es, a menudo, invisible, para la mayoría de las mujeres sin violencia reconocida. En más de algún caso, no pasa de ser un antecedente molesto, pero propio de las discusiones o desavenencias de una pareja, por lo tanto es natural:

“sí, alguna vez lo ha hecho, él me dice... estas hablando de mas, lo que pasa es que no podía creerlas (los insultos... Pero, según el, cuando tiene rabia me dice esas cosas”, (Mujer **VIF-**)

En cambio, para la mujeres víctimas de violencia física, los insultos y descalificaciones son una forma mas de agresión. Tal vez por la agudización de los conflictos en que viven:

“me decía cuestiones, cosas que a mi me herían. Me sacaba de mi matrimonio que tenía yo, que mi marido me había dejado me sacaba la madre, me decía maraca, igual, porque como yo había vivido antes con otra persona. Mi error mío fue haberle contado toda mi vida...”, (Mujer **VIF+**).

La agresión psicológica incluye la desvalorización en el plano sexual, transformando a la mujer, mediante las palabras, en un objeto para la satisfacción del hombre:

“Me dice que yo no le sirvo para nada, que como mujer, no le sirvo. Entonces yo le digo: “bueno, búsquese otra, yo no me voy a enojar, si yo no puedo, no puedo no más”. Porque esa es la verdad. Si uno no puede. Y, yo no puedo por mi cuerpo, mi físico, no me da no mas... Pero ¡por mi enfermedad! no porque... Entonces, todas las veces ha sido ese el problema...”, (Mujer **VIF+**).

Los celos y la desconfianza son utilizados como elementos de dominación e impedir que la mujer tenga sus espacios:

“Dice que yo estoy con otro. Y, si vengo aquí, yo no vengo a médico. Lo vengo a gorriar. Ese era el problema. Por eso ahora lo traje. (Para que vea) que aquí me demoran.... Porque te engaño, vas a conocer ¡tremendo el hombre que tengo! Y, era Ud. poh.”, (Mujer **VIF+**).

La sexualidad de la mujer y sus derechos reproductivos son uno de los aspectos más controlados y sojuzgados por el hombre, independientemente de si se trata de la pareja u otro. Antes de casarse el control sobre el cuerpo femenino es prerrogativa del padre, hermanos, etc. Luego, casada, del marido. El relato que sigue corresponde a una mujer sin violencia reconocida y que parió un hijo sin estar casada:

“como tenía a mi hijo, me tuve que regresar de nuevo a Valdivia. Me vine porque mi hermano me amenazó. Me dijo que si yo, volvía a hacer lo mismo, “¡con esto te voy a matar!”, (Mujer **VIF -**).

En el mismo sentido, otra mujer experimentó la destrucción de su relación de pareja y la convivencia familiar debido a su negación ante requerimientos sexuales de parte de un individuo integrante de la familia:

“... porque se quiso meter mi suegro. Resulta que el en dos ocasiones se quiso aprovechar de mí. Bueno, en dos ocasiones me pidió que estuviera con él, porque o sino el le iba a decir a mi marido que yo tenia otra persona. Eso me dijo...”, (Mujer **VIF+**).

Otra forma habitual de violentar a la mujer es el control ejercido por el hombre mediante la negación del dinero, la mayoría de las entrevistadas reconoce, en sus relatos, que se sienten humilladas cada vez que necesitan comprar lo necesario para ella y sus hijas e hijos. Para que la mujer tenga acceso al dinero, muchas veces debe recurrir a subterfugios o negociaciones con el marido, incluso hurtando:

“...y yo le sacaba...le robaba....cuando estaba borracho....”, (Mujer **VIF+**).

La violencia patrimonial es otra forma de ejercer presión y que violenta gravemente a la mujer. Una de las entrevistadas recorrió el camino de la depresión a causa del despojo de sus bienes:

“Lo que me hizo venir acá, es el simple hecho de que no quería seguir viviendo, por el problema que tuve con mis hermanos.... vendieron (bienes raíces) una vez que falleció mi mama.... claro, porque ellos se aprovecharon y abusaron de mi”, (Mujer **VIF -**).

Muchas veces, los hijos son un instrumento mas de agresión, aumentando la carga emocional negativa para estas mujeres, ya que son sus propios niños, a quienes se ha entregado con amor y dedicación infinitos, quienes se hacen eco de los malos tratos:

“Claro, claro, entonces yo le dije a él que por qué él permitía que los niños me insultaran tanto. Entonces él empezó a pelear conmigo, me pegó, y este.... este, en vez de que él.... Entonces, yo le dije que por que él no le llamaba la atención al niño que me estaba insultando, en vez de insultarme a mi...”, (Mujer **VIF+**).

Este ambiente agresivo contamina a la totalidad de los sujetos que componen el grupo familia, donde no sólo la mujer es el blanco, sino que esta se extiende a hijas e hijos:

“yo creo que....más o menos, ha sido bien cruel también con ellos, ehh..... este.....tratándolos así como psicológicamente, a veces le daba. Una vez le golpeó a uno también, casi le dejó medio muerto, pero de hecho después estuvo muy enfermo el chico, con una fiebre muy alta, porque parece que era.....al darle una pata’ en el estomago, el chico parece que se le hirió adentro” , (Mujer **VIF+**).

4.2.4.2 La violencia doméstica: natural, justificable e invisible.

Es habitual encontrar en los relatos, alusiones a lo natural de la violencia, lo que está dado por los procesos socializadores, en los cuales el autoritarismo y abusos de poder están asentados y aceptados como normales por ser formas habituales y hasta necesarias de interacción entre los sujetos:

“...ella me decía, a veces, que se quería morir y también me decía que nunca me case con un hombre que te vaya a pegar, “mira como quedo, duele mucho cuando le pega a uno un hombre que no es su padre”, me decía. Gracias a dios que a mí, mi marido nunca me ha pegado, ni siquiera un tirón de mecha, nada, nada”, (Mujer **VIF -**).

En la misma línea encontramos la tendencia a negar las diversas expresiones de la violencia, por vergüenza o temor al agresor o a la sanción social, la que, generalmente, se vuelca en contra de la agredida justificando los actos violentos del hombre en razón del comportamiento femenino. La justificación también aparece en los relatos de estas mujeres y la atribuyen, principalmente, a enfermedad o alcoholismo. Los siguientes relatos dan cuenta de ello:

“Yo, a veces, pienso que el puede tener una enfermedad y que no se por qué. Si fuera una persona normal me trataría con más cariño. Ehh... como es una persona normal, con más cariño, más consciente de lo que esta haciendo y no tan inconsciente de herir a los demás”, (Mujer **VIF+**).

“..Del principio fue muy bueno. O sea, como dos o tres meses, ¡así pulento!. Pero de repente empezó a beber y andaba curao y me pegaba, me sacaba la que no tenía... me tiraba...los zapatos, con el taco me solía romper. Entonces de ahí nacieron mis crías. De ahí nació el Oscar...”, (Mujer **VIF+**).

La apertura al reconocimiento de la violencia, en no pocos casos, se da a través de terceros; vecinos, familiares, cuando ya no es posible ocultar los hechos que son visibles para quienes rodean a la mujer, por mas que ésta se niegue a aceptarlo:

“Ni nunca dije yo: “esto me esta pasando en mi casa” Sino que nada mas que, cuando se levantó la voz y ya llegaron los vecinos de al lado, empezaron a llegar los carabineros... Llegaron como tres, cuatro veces”, (Mujer **VIF+**).

4.2.4.3 Los ciclos de la violencia.

En la experiencia de la mayoría de las mujeres, la violencia es vivenciada en forma cíclica, en la que el hombre pasa de la agresividad a periodos de luna de miel, en los cuales se arrepiente y pide perdón. Este círculo es repetido una y otra vez y en el que la mujer se embarca en la esperanza de un cambio definitivo:

“... Y, cualquier cosa, si a mi me dice una mala palabra ahora, al rato está llorando. Incluso, ayer lloraba cuando llegué. Me abrazó. Yo le dije: “¿por qué me abrazas ahora, si no me querís?”, (Mujer **VIF+**).

La posibilidad de romper este círculo se da en la medida que la mujer logre darse cuenta de lo que sucede y no se someta a presiones:

“...el me buscaba, me decía que iba a cambiar. Yo le creí y volvimos, pero no paso un mes en que el volvió a lo mismo. De ahí ya no volví mas con el. Me buscaba y me decía que tenía que volver por los chicos...”, (Mujer **VIF+**).

El maltrato gatilla, en la mujer, casi siempre, dos respuestas, las que dependerán en gran medida de las características individuales y de la oferta de apoyo social y familiar que ésta perciba. Una de ellas es la adaptación que termina en sometimiento, principalmente en bien de las hijas/os, por su protección mientras crecen:

“Es que yo, en ese tiempo no sabia que hacer. Ahora no. En ese momento me importaba no quedarme sola con las niñas sabiendo que le faltaban tantas cosas para darle, para que crecieran. No se poh... me importaba la parte económica, para darle para el colegio, tantas cosas que los niños necesitan cuando están creciendo. Entonces, esa era la parte que mas miedo me daba. Quedar sola, no”, (Mujer **VIF+**).

La otra respuesta es la reacción en los mismos términos agresivos, que invariablemente agravan el cuadro al constituirse una espiral de violencia que se extiende a los demás integrantes del grupo familiar. Excepcionalmente, la mujer opta por abandonar al agresor o ejercer sus derechos:

“...lo quería matar una vez.... Pero no matarlo al propio, de matarlo así, sino que levanté el catre y lo di vuelta y lo dejé debajo a él, con todo el catre encima. Y sabe que ¡con una fuerza así brutal! que yo no se de donde salió...”, (Mujer **VIF+**).

“...si el me golpea yo también lo voy a hacer, además que me voy a separar de él”, (Mujer **VIF+**).

“... siempre hemos dormido separados, desde que él me dejó sorda. Le dije que el no tenía derecho a dormir mas conmigo porque fue una falta de respeto, me... no se poh... el hecho de que me haya dejado sorda de este oído y tenerlo.... (que aguantar), era un crimen, no era lo mismo de antes”, (Mujer **VIF+**).

4.2.4.4 Construcción de su sexualidad en el contexto de la subordinación y el maltrato.

La violencia sexual marca desde muy temprana edad la vida de estas mujeres y en muchos casos esta experiencia les impide constituirse como sujetos sexuales. Las vivencias de adultas no contribuyen, en general, a esta construcción y ejercicio de una sexualidad plena y satisfactoria. Sin embargo, la agresión sexual, con violación o no, es vista como algo natural, en tanto es parte de los derechos del hombre sobre la mujer o, al menos soportable e imperiosamente oculto, por inscribirse en el ámbito mas privado de los seres humanos, como lo es la sexualidad. En este contexto, la historia de vida de una de las mujeres es demoledora en ese aspecto por cuanto fue violada en dos oportunidades por individuos diferentes, de la última quedó un producto que debió asumir y criar sola. Esto también representa el valor dado a la maternidad, ya que la mujer asume con amor y cuidados la crianza de ese hijo/a, sin cuestionar que sea el resultado de una violación:

“...Horrible, porque yo siempre estoy recordando que me violaron y que me volvieron a violar, después,... fueron dos ocasiones de violación, entonces.... tampoco.... saber que estaba que... y que... no se poh... si era el marido o era lo que me estaba sucediendo antes. Era espantoso, tenía que decirle que lo haga de día, pero no de noche, porque..... “, (Mujer **VIF+**).

La agresión constante va minando la confianza y cariño por el hombre. Entonces, la relación se torna en un peso que debe soportar por el bienestar de otros o, porque no está dentro de las opciones el separarse, renunciando de ese modo a ser sujeto sexual:

“No sé realmente qué responderle a la pregunta que me hace. Lo único que sé es que él es el papa de mis hijas y que con él nada los (nos) falta. Es lo único que sé. Yo pienso que me casé para toda la vida...”, (Mujer **VIF+**).

Casi ninguna mujer conoce cuales son sus derechos en el plano de la sexualidad y reproducción. En este contexto la maternidad viene a ser una solución a los problemas relacionales y no una opción de satisfacción personal, tomada libremente. Cree que de ese modo recuperará la tranquilidad y el cariño que alguna vez le fue manifestado:

“Si, yo quiero tener un hijo de él.... Me dice que no piense en eso, porque él me quiere tener mas viva que muerta. Yo he tenido 5 abortos y lo he pasado harto mal. Ahora estoy esperando un hijo de el”, (Mujer **VIF+**).

La relaciones sexuales forzadas, si bien violentan a la mujer en lo mas íntimo de su ser, no todas reconocen en ellas una violación, en la creencia, adquirida social y culturalmente, que se trata de eventos normales dentro de una pareja y por lo tanto es su deber aceptar. O, el temor al enojo del hombre y por consiguiente, las agresiones la llevan a no negarse, o, a usar subterfugios para escapar a la presión:

“A veces me molesta que él se acerque a mi lado, que me toque, que me toque una mano, me molesta. Incluso hago cualquier cosa para que él no se acueste conmigo, me llevo al chiquitito, me lo llevo pa’ la cama, entonces, ahí ya, él tiene que respetar que hay un niño en la cama”, (Mujer **VIF -**).

La posibilidad de construirse como sujeto y abrirse a nuevas experiencias es algo que, la mayoría de estas mujeres, no contempla. A lo más, su máxima aspiración se expresa mediante el siguiente y conmovedor relato de una mujer a la que le faltará vida para curar todas las heridas recibidas:

“Que él pueda ser igual que mi marido. Ni (no, es que) que cuando estoy con él me da puro sueño, ganas de dormir, parece que tengo, es como que, es como que..... descansara mi alma, no se que... pienso que he sufrido mucho con él y cuando estoy al lado de él solamente quiero dormir, dormir, estar segura que estoy al lado de él, y no me interesa mas que dormir. Y, él me despierta, pero no, yo quiero dormir no más, como un descanso con él...”, (Mujer **VIF+**).

4.2.5 LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES.

Como una consecuencia directa de la violencia doméstica encontramos las alteraciones en la salud mental de estas mujeres, las que se expresan en depresiones y /o trastornos ansiosos. Estos no siempre son asumidos por las mujeres como el resultado de la agresión sistemática, mas bien lo atribuyen a problemas de diversa índole en el plano familiar, ya sea económicos o el comportamiento de las hijas/os, entre otros.

No obstante, otros elementos se agregan para constituir un todo que sistemática y paulatinamente van sobrecargando a la mujer; dentro de los cuales tenemos la culpa, la soledad e insatisfacción. En sus relatos parecería que la culpa es constitutiva de la naturaleza femenina. Prácticamente no hay historia contada que no tenga expresiones culposas. El relato de una mujer, herida en su autoestima por percibirse como una madre que falló en su rol, nos ilustra su sentimiento:

“una vez estuve como en el límite de perder a mi hijo mayor en un accidente, y eso fue un golpe, pero duro, lo atropelló un camión, y a raíz de eso el perdió una pierna, o sea, a él le amputaron una pieriecita, usa prótesis. Entonces, eso es algo que hasta el día de hoy me duele cuando lo veo sin esa prótesis, por eso le tengo prohibido que se saque la prótesis delante mío, porque.... me hace mal y culpable, me siento culpable, porque yo digo, por qué yo no estuve ahí”, (Mujer **VIF** -).

Otro relato, conmovedor, por la transparencia del dolor y la soledad que trasunta, explica la insatisfacción de la mujer y que muchas veces se queda en la resignación a una vida de frustraciones:

“ yo a veces le digo que me siento sola, que me siento ahogada en la casa, me siento sola no tengo con quien hablar, estoy todo el día en la casa, solamente con los niños y él llega del trabajo y yo le tengo todo hecho, todo para que tome once, le doy once y después lo que hace es que llega, se para y se va a acostar y se queda dormido, entonces es igual que yo esté viviendo sola si él nunca tiene tiempo pa’ mi, y yo le digo si yo también necesito conversar, yo necesito que me escuche, yo quiero que aparte de ser mi marido, sea mi amigo, que yo le pueda contar las cosas, porque de primera éramos así, éramos como amigos pero eso se terminó....”, (Mujer **VIF** -).

La resignación frente a la realidad que viven, a veces, está influida por la percepción que los sujetos de su entorno familiar y social tienen de aquélla. La comparación con otras experiencias de vida les permite visualizar lo propio como menos malo. Por ello, aceptan y se resignan. El siguiente relato pertenece a una mujer que, además, no reconoce las agresiones psicológicas y verbales como violencia:

“¿Sabe? que nunca he podido saber bien por qué. Porque mi vida comparada con otras amigas que de repente conversamos, no somos tan amigas ah, amistades, eh... ellas me dicen que me envidian la vida a mí... porque mi marido, es tranquilo. O sea, no me da problemas y ellas tienen muchos más problemas que yo, así que yo digo porque yo caigo en depresión tan fácil, por que soy tan....”, (Mujer **VIF** -).

4.2.5.1 Suma de factores en la génesis de los malestares.

El agobio, por la multiplicidad de roles que debe asumir la mujer, queda reflejada en la respuesta ante la pregunta de cuándo comenzaron sus molestias físicas y psicológicas y el rechazo al marido, una mujer relata:

“no se.... quizás eh.... el que mi hijo fue demasiado mañoso y enfermizo, entonces yo me cansaba. Yo lo único que quería era un poquito de descanso, porque uno tiene que hacerlo todo, tiene que ser nana, tiene que ser esposa, niñera, tiene que hacer todo junto, hacer todo en la casa. Entonces, yo lo único que quería en la noche era estar tranquila, que nadie me hable, nadie me moleste. Porque ¡salía cansada!, la guagua no me dejaba hacer las cosas tranquilas, porque lloraba y lloraba y...”, (Mujer **VIF** -).

Los hijos e hijas, son muchas veces, responsables de agregar pesar a la vida de estas mujeres. Abundan las historias de vida en la cual el factor detonante de la violencia intrafamiliar o las alteraciones mentales de las mujeres es: el hijo alcohólico, violento o, la hija que no quiere estudiar o se embaraza precozmente. Lo anterior es un problema por sí solo, pero, además, un foco más de conflictos en la pareja, con las consecuencias esperables para la mujer:

“A veces, de la niña, no le converso mucho. A él como que se molesta un poco. Porque no quiero que tampoco ella sufra. Porque a lo mejor él.....le puede....Pero nunca le ha puesto mala cara. Todo lo contrario. Ella es más agresiva con él. Ella en veces le contesta feo, no con groserías, pero feo. Entonces, yo le digo que no sea así. Porque a estas alturas, debiera dar gracias a dios porque tiene un padrastro que todavía la puede tener en la casa”, (Mujer **VIF** -).

El fuerte nexo con los hijos que la mujer se niega a romper, problematiza las relaciones madre e hijo, mas aún cuando en la base de esa dependencia emocional existe la culpa que alimenta la sobreprotección:

“Yo siempre estoy pendiente. Y eso es lo que no le gusta a él, porque está diciendo que yo me meto en su vida de él, y yo le digo que sí, porque resulta que cuando chico ese niño sufrió mucho, porque yo vivía de allegada, entonces todo lo que hacía molestaba, entonces por eso

yo es que, a todos mis hijos los quiero igual, pero a el le tengo un cariño especial, como que si lo quisiera mas a el porque como que el sufrió mas que los otros”, (Mujer **VIF -**).

Sin embargo, las hijas e hijos pueden ser un factor de apoyo, en tanto suelen significar su única fuente de cariño y afecto y bien pueden ser el motor que las mueva a reaccionar y emprender acciones de cambio. La importancia de aquéllos para estas mujeres las lleva a transar su bienestar por el de aquéllos. Surgen, en forma reiterada expresiones que hablan de la capacidad de sacrificio y abnegación de la madre, las que también son un grito desesperado por no ver repetida su historia en sus crías, especialmente cuando ésta es una mujer:

“... me pueden pegar todo lo que quieran pero no a la niña, porque yo tengo.... Este.... yo quiero defenderla, este.... lo que no hicieron por mi, hacerlo yo por ella. Entonces, por eso yo he luchado por la niña, cuidándola, que me peguen a mí, pero no a ella. Que no le prohíban nada, que lo que ella desea. Porque a mi se me prohibió, a mi me pegaron, me golpearon, porque yo estaba pololeando, me conyugaban delante de la gente, eso era atroc”, (Mujer **VIF+**).

4.2.5.2 Depresión y trastornos de ansiedad: manifestaciones y reconocimiento.

Los primeros síntomas de alerta de que algo no está funcionando bien en ellas, son los diversos malestares físicos o psicosomáticos; el deseo de no vivir y el llanto súbito, inexplicable racionalmente. Estos cuadros las llevan a consultas médicas reiteradas:

“Empecé a sentir como, como que no tenia ganas de vivir, sentía ganas de.... empecé con dolores gástricos primero, dolores fuertes, sentía como un pánico, como miedo, y ese pánico tan grande que sentía, me hacia que yo que no tenia ganas de vivir, ojalá que...., tomar un medicamento y morirme en el instante”, (Mujer **VIF+**).

...“me encontré un día muy depresiva, muy tensa. (Ya) que en la noche me daban cosas malas (insomnio), le digo. Ya que un día yo me entere, que mi marido me puso los cuernos gracias al trago....no sé que es lo que pasó. No se si ella es la que mas lo cargoceó”, (Mujer **VIF -**).

La depresión y trastornos ansiosos son percibidos por el conjunto de la población como eventos normativos, aunque reconociendo que son producto de problemas. Esta concepción no permite muchas veces que la mujer obedezca los signos de alerta, porque se convence a sí misma de lo común de sus alteraciones:

“Ellos (familia, amigas), me decían que la depresión que yo tenía era natural, normal, porque todo el mundo anda estresado y todo el mundo tiene problemas”, (Mujer **VIF-**).

La ideación e intentos suicidas es común a las mujeres que sufren violencia y alteraciones mentales, ya sea como una forma de pedir auxilio o porque sencillamente no soportan la realidad que viven y efectivamente, desean morir, lo que es dramático cuando relatan:

“yo sentía dolor de cabeza, una desesperación, tenía ganas de morirme, de quitarme la vida y varias veces intente de hacerlo”, (Mujer **VIF+**).

“Si yo una vez cuando recién no más tenía la enfermedad de depresión, sin saber que la tenía, estaba mi marido tomando en la casa y mi hijo con otros amigos, y yo salí con destino al río. Pero yo no sabía lo que estaba haciendo porque no era yo la que iba para allá. Pesque a mis dos chicos más chicos y los lleve para el río, pero al llegar al río, no alcance a tirarme, yo iba con destino a tirarme al río con mis hijos”, (Mujer **VIF -**).

El aislamiento por elección o impuesto remite a estas mujeres a la soledad entre cuatro paredes, imposibilitada de abrirse a otros seres humanos por temor o vergüenza, a menudo descargan sus frustraciones en las hijas/os:

“Cuando yo tenía problemas con mi marido, yo me sacaba los problemas con mis hijos. De eso yo no me daba cuenta. Después de eso fue cuando vine al medico. El problema era que mis cosas yo tenía que conversarlas con alguien. Me las guardaba para mí no mas y no las conversaba con nadie”, (Mujer **VIF+**).

La pesquisa y el diagnóstico acertado y oportuno contribuye a que la mujer entienda por lo que está pasando e inicie el camino de la recuperación:

“...fue cuando yo vine al medico, cuando me sentí mal, con un dolor de cabeza. Me sentía rara, como que no quería nada con la vida. Ahí hable con la doctora, y me dijo lo que yo tenía. Y no yo sabía lo que tenía. En ese tiempo no podía conversar como converso ahora. Claro ahora lloro, pero en ese tiempo lo único que hacía era llorar”, (Mujer **VIF+**).

“Fue cuando vine a matrona y ella me encontró tan decaída y yo le dije lo que tenía, mi falta de ánimo y las ganas que no tenía de hacer nada. No tenía ganas de levantarme y puras ganas de dormir...”, (Mujer **VIF-**).

En el camino de la recuperación son importantes las características de la personalidad de cada mujer. Este es un aspecto a considerar ya que influirá en el tratamiento y conductas a seguir. De las mujeres entrevistadas destacó una que, a lo largo de sus relatos, evidenció capacidad para luchar y sobreponerse a las circunstancias negativas de su vida:

“Yo fui sola, porque yo siempre he tratado de buscar mi mejoría. Yo digo, este... si yo estoy en un problema ¡que voy a estar loca!, no yo tengo que hacerle empeño a no estar loca, yo quiero estar cuerda para mis hijos. Que no, no quiero que me digan ah se enloqueció, ¡no! Yo tengo que hacerle empeño por mi misma, no porque me mande la enfermera, sino que por mi misma, tener buena salud para mí”, (Mujer **VIF+**).

Otro dato surge en los relatos como un factor importante para su recuperación, son los sujetos que representan un apoyo significativo. Entre estos puede estar la madre, una tía, abuela o hermana, pero la mayoría de las veces se trata de alguna amiga, con quien han compartido pesares y alegrías quienes, invariablemente, han sido la primera puerta abierta a las confidencias y el reconocimiento de lo que está sucediendo al interior del hogar. Un dato relevante, es que siempre se trata de mujeres:

“si, tengo una amiga, que la he tenido siempre. Imagínese que mi suegro invento cosas sobre ella, que ella estaba con mi marido y todo el asunto, y yo sabiendo que es puro cuento. En realidad a esa amiga la quiero harto porque hemos estado en las buenas y en las malas siempre. Con ella nos conocemos de niñas, del colegio de cuando teníamos como 8 años”, (Mujer **VIF+**).

Una vez iniciadas las terapias o acciones legales, si bien las mujeres están decididas a emprender cambios, no siempre esto va acompañado de recuperación de ideales y sentimientos respecto al futuro. Aunque algunas de ellas desean conservar la relación de pareja, son guiadas mas bien por los convencionalismos sociales - el matrimonio es para siempre-, que por anhelos y necesidades sentidas. En general, la actitud de ellas es de desencanto y desconfianza. El siguiente relato ilustra muy bien el sentir de las mujeres:

“Yo creo que, lo mas probable es que trate de salir adelante sola, a pesar de que él me ha dicho que el va a cambiar que no me va a decir nada. Pero yo no creo mucho en él (se entristece su voz). Siempre me va estar celando, diciéndome cosas...”, (Mujer **VIF+**).

Una aspiración que, para estas mujeres, representa un mundo de diferencia se refiere a la posibilidad de disminuir la sobrecarga que las asfixia y aniquila sus fuerzas y salud mental:

“...No se poh, yo pienso que a lo mejor, no saber nada no más. No saber ni enterarme de nada, pienso que seria lo único que,..... Sería....”, (Mujer **VIF-**).

Las heridas resultantes de malos tratos permanentes no dan lugar o, requiere de mucho tiempo para que cicatricen y permitan devolver, a la mujer, la ilusión y esperanza puestas en la relación:

“... Por lo general me pongo a llorar en la casa y cuando converso con él terminamos discutiendo porque siempre llegamos a lo mismo. ¿Porque no hiciste nada? ¿Por qué no lo dijiste nada a tu padre? Siempre llego al punto”, (Mujer **VIF+**).

Aún cuando se encuentren en el camino de la recuperación, no logran valorarse como sujetos con necesidades y aspiraciones propias. Las ideologías de género y las construcciones sociales subyacen en el siguiente relato:

“yo creo que sí pondría de mi parte, porque yo tampoco quiero fracasar como matrimonio, porque.... están mis hijos de por medio y son todos apegados a su padre, hasta mi hijo mayor”, (Mujer **VIF -**).

4.2.6 PERCEPCIÓN DE LAS REDES DE APOYO SOCIAL E INSTITUCIONAL.

En el marco de esta investigación era imprescindible recoger la percepción de las mujeres en relación a las instituciones y redes de apoyo social creadas para acogerlas y atenderlas. Esto permitiría que la eficacia y efectividad de aquéllas pudiera así ser evaluada y mejorada de acuerdo al rol cumplido hasta ese momento.

4.2.6.1 Programa de Salud Mental.

La institución de salud es donde mas recurren las mujeres violentadas y/o con alteraciones de salud. Esto, debido a los múltiples malestares que sienten y, en ocasiones buscando un espacio de confianza para desahogar sus penas. Antes de la existencia de un programa que atendiera la salud mental, la relación prestataria/o de salud/ paciente se enmarcaba dentro de los patrones establecidos, con escasas posibilidades de indagar, ya sea por desconocimiento o desinterés de la problemática de la violencia doméstica y sus secuelas o, por falta de espacios para hacerlo, tanto de parte de la mujer como del agente de salud.

De acuerdo a lo anterior, la percepción que las usuarias, en general, tienen, especialmente las adscritas al Programa de Salud Mental, es favorable puesto que ha significado una apertura a hablar del tema, abriendo instancias de apoyo y contención. El relato a continuación engloba no sólo esa idea sino que además, la extensión que desde dicho Programa se hace a otras instancias de apoyo social:

“...desde que me empecé a ver la doctora Ritter. De ahí me empecé a dar cuenta de muchas cosas y de ahí en adelante no voy a dejar que nunca mas alguien me toque...”, (Mujer **VIF+**).

Sin embargo, igual emergen voces disonantes, sobre todo en lo que se refiere a las terapias disponibles. Específicamente, las referencias apuntaron a los talleres grupales. Esto porque al tratarse de comunidades pequeñas, la mayoría de la gente se conoce o se ubica. Por consiguiente no los perciben como espacios de confianza para hablar de sus intimidades:

“si, por eso esas terapias de grupo como que no ayudan mucho porque no....me dan confianza...”, (Mujer **VIF +**).

“No, eso si que no lo cuento, eso se lo he contado solamente a dos personas, al psicólogo y ahora a ud.”, (Mujer **VIF -**).

Además, la necesidad de establecer vínculos de confianza entre agente de salud-paciente, no se ve favorecida ante el cambio de profesionales que suele darse en este tipo de centros de salud:

“yo con la psicóloga no estuve casi nunca. Una vez estuve con el psicólogo. Soy poco amante a andar en esas cosas. Traté de poner todo de mi parte, no más”, (Mujer **VIF -**).

Reconocen el apoyo y eficacia de las terapias. Sin embargo a veces, no surten el efecto esperado, en el plazo que ellas quisieran, y la mujer reinicia el camino de los malestares:

“No, yo estuve bien un tiempo, y ahora como que me quiere volver de nuevo, por que estoy volviendo a estar deprimida, ando cansada y desanimada. Pienso puras tonteras y todo me molesta de repente...”, (Mujer **VIF-**).

Por otro lado, la adhesión a los controles y terapias no siempre es el mejor, debido a que no han internalizado la importancia de éstas para su completa recuperación. Muchas de

ellas toman el proceso como una visita mas a médico, aferrándose a la parte farmacológica del Programa:

“Tendría que ya estar terminando el tratamiento, pero no he podido dejar estas pastillas porque estas pastillas son las que me tranquilizan. Pero me dijo (la dra.) que no podía seguirlas tomando tampoco porque... me iba a volver una adicta, así que ahí estamos, ahora tengo control, a ver que me va a decir”, (Mujer **VIF** -).

4.2.6.2 Red de Violencia Intrafamiliar.

Respecto a la Red de Violencia Intrafamiliar, las usuarias no tienen muy clara sus funciones ni quienes la integran. Sí tienen claro que las instancias para pedir ayuda son la policía y los tribunales de justicia. Sus experiencias han sido principalmente con estas instituciones – que integran la Red -, cuando decidieron denunciar al agresor. Por otro lado, existe desconfianza en relación a la capacidad de las instituciones encargadas de administrar soluciones legales e impartir justicia, se sienten vulnerables frente a la Institución:

“yo fui a reclamar eso al juzgado de menores (el maltrato), pero el juzgado de menores le dio el favor a él. Porque él me ayudaba. Pero resulta que él no me ayudaba porque, nosotros, cuando me casé, inclusive, yo seguí viviendo en mi casa, con mi mamá. Y mi mamá le daba el sustento a mi niño. Así es que el chico es bien poco lo que recibía de él. Y dos veces le pegó a mi niño, igual”, (Mujer **VIF** -).

Un dato que surge con frecuencia es su propia actitud ante las consecuencias que conllevan sus denuncias. Nuevamente el temor a represalias o a la desprotección económica aparece en el relato de una de estas mujeres que representa muy bien las experiencias de otras: “Fuimos al juzgado y después yo retiraba las denuncias. Como santa gil. Le tenía lástima. Decía yo, qué van a comer mis hijos después si yo lo demandaba Entonces, iba al juzgado y le decía: “no me compró harina, me compró esto” Y, eso era verdad. Entonces, después no fui mas a carabineros. Yo dije, voy a perjudicar la carrera de mi hijo, voy a...”, (Mujer **VIF+**).

4.2.7 DIMENSIONES QUE EMERGEN DE LOS RELATOS.

Una dimensión que surge del relato de la mayoría de estas mujeres son las precarias condiciones de vida que deben enfrentar. A su juicio, éstas contribuyen al deterioro de las relaciones intrafamiliares y, especialmente, de la pareja. Por otro lado, la conformación de hogares con familia extendida determina el hacinamiento, lo que favorece por un lado, la probabilidad de abusos sexuales, por otro lado, la agudización de conflictos por la falta de privacidad:

“me pegaba, me echaba para afuera, a mis chicos también. Y yo no le hacía nada, o sea, yo estaba en la casa no más. En ese tiempo vivíamos en la casa de su papa de él, en un sitio de acá, junto con mi cuñada”, (Mujer **VIF+**).

“Hemos sufrido como le dijera,... no en entendernos. Pero sí, sufrimos económicamente, sí... Entonces ahí sufrimos. Yo siempre fui una mujer bien luchadora, yo trabajé y decía: “yo tengo que salir adelante”, (Mujer **VIF -**).

Por último, según plantean las mujeres, el mayor responsable de la violencia masculina, es el alcoholismo del marido ó, de los hijos, presente en la mayoría de los hogares. Para ellas es un factor que potencia la agresividad del hombre (también lo justifica en sus agresiones), por lo tanto es un vehículo para la demostración de fuerza y establecer quién es el que tiene el control:

“ehh... Cuando llevábamos a ver... unos tres años de casados, luego curado y quiso pegarme, o sea era violento cuando se curaba, porque su mamá me había contado que era violento, entonces él quiso pegarme”, (Mujer **VIF -**).

5. DISCUSIÓN.

Este estudio mostró que para los agentes de la salud y otras instituciones ligadas al tema de la violencia intrafamiliar, existe una fuerte asociación entre violencia y alteraciones en la salud mental de las mujeres, lo que es corroborado por otras investigaciones. Aunque, también, le adjudican un gran peso en la génesis de los malestares de las mujeres, al contexto económico y social que rodea a la mujer y su familia, es decir; la baja escolaridad, el desempleo o la precariedad del empleo, el alcoholismo de la pareja o hijos, (OMS, 2001).

Un primer paso al analizar los discursos de profesionales y funcionarios de la salud y otras áreas que constituyeron los grupos focales, fue determinar cómo y basados en qué experiencias individuales y colectivas conceptualizan y se acercan a la problemática de la violencia. Una forma de detección habitual está dada por las policonsultas. Es decir; múltiples consultas médicas, por malestares aparentemente orgánicos, efectuadas por las mujeres agredidas. Las/los profesionales de la salud, reconocen haber recorrido un largo camino de ignorancia y medicalización de las somatizaciones de la mujer. Actualmente, gracias al destape producido acerca de estos fenómenos como problemas de Salud Pública, han aprendido a agudizar sus facultades clínicas, permitiéndoles pesquisar el síndrome de la violencia. De esa forma se han ido sensibilizando para otorgar una mejor atención en salud a estas mujeres.

Existen diferencias cuando se trata de las percepciones de otros agentes de salud, particularmente en el caso de funcionarios de postas rurales. En este sentido es interesante constatar que la forma de acercamiento al fenómeno es posible en estos lugares gracias al hecho que se trata de comunidades pequeñas, en las que casi todos sus habitantes tienen vínculos de parentesco, amistad o, al menos, se ubican entre sí. Es posible que el contexto favorezca los lazos de confianza tan necesarias en la pesquisa y acogida de los casos de violencia doméstica y sus secuelas. Sin embargo, estas/funcionarias/os no se sienten, ni están, capacitados para manejar y ofrecer el apoyo que la mujer requiere, dado que carecen de herramientas teóricas para ello. Un ejemplo de su falta de idoneidad queda claro cuando desconocen uno de los aspectos más serios en las situaciones de violencia vividas por estas mujeres. Esto es, los ciclos de la violencia, en que la mujer va a pasar por diferentes estados anímicos y emocionales con respecto al agresor, motivados por los momentos de agresión o arrepentimiento que muestre el hombre. Otros temores manifestados por estos funcionarios son las dificultades para manejar las reacciones de la mujer agredida y miedo a involucrarse en temas que consideran delicados. Sin embargo, quedó demostrado que son un puente válido para el acercamiento e indagación con estas mujeres, ya que su lugar en el mismo contexto social y cultural, los hace interlocutores válidos. Es así como perciben que las mujeres tienen pocas limitaciones para hablar con ellos respecto a la violencia de que son víctimas. Esto

hablaría de la necesidad de ser escuchadas que tienen estas mujeres. Al decidirse a acercarse a este personal que, claramente no es el idóneo para atender a sus necesidades en salud. Esto apoya la idea que al encontrarse la mujer restringida al ámbito privado del hogar, sin espacios de interacción con otros sujetos mas que los hijos y la pareja, desarrolla una suerte de hambre por comunicarse y ser escuchada. Tal vez, no requiere más que unos instantes de escucha atenta y empática para canalizar sus frustraciones y soledades. Hallazgos similares son reportados por un estudio en el que los sujetos de estudio fueron parteras y sus experiencias en la identificación de la violencia, donde el conocimiento empírico les permite indagar y asociar ciertos síntomas con la violencia, (VALDEZ-SANTIAGO Y COL., 2004).

Respecto a los trastornos mentales que afectan a la mujer, no existe, en su discurso, juicios tendientes a estigmatizar a la mujer que padece este tipo de alteraciones. Por el contrario, reconocen en la depresión una enfermedad, sin culpabilizar a la mujer de ella, lo que es producto de la comprensión aprendida en su trabajo como agentes de salud. En cambio, sí perciben los temores de las mismas mujeres ante la posibilidad que se conozca su problema de salud, tornándola mas vulnerable ante la opinión de los demás. Por otro lado, está la carga negativa expresada por las parejas de estas mujeres, que peyorativamente se refieren a la salud mental de ellas. Sin embargo, el discurso de estos sujetos tiende a culpabilizar y responsabilizar a la mujer que permanece junto al maltratador, reconociendo que muchas de ellas recurren a subterfugios para ejercer algún tipo de poder. Ven a la mujer como manipuladora y solapada, que en el fondo se acomoda a su realidad por conveniencia. Parece no bastar para ser sensibles ante el sufrimiento de aquellas mujeres el reconocer en sus acciones una consecuencia de lo que está viviendo, y comprender que el comportamiento de las mujeres persigue contrarrestar o equilibrar, en alguna medida, el poder ejercido por el hombre. Para comprender las acciones supuestamente controladoras de las mujeres hay que entender que, según lo planteado por Foucault, "el poder genera siempre alguna forma de resistencia". Las mujeres resisten de diversas formas y también intentan ejercer algún tipo de poder. Sin embargo, esto no significa igualdad de condiciones, si así fuera no sería necesario generar estrategias de resistencia, (FOUCAULT EN TORRES, 2004).

Este discurso tiene su base en las concepciones ideológicas y procesos socializadores de que han sido objeto estos sujetos, y que son, con algunas diferencias, esencialmente iguales al que ha recibido el resto de la sociedad. La violencia, y otras prácticas nocivas, se inserta en "un orden que institucionaliza y regula", (RESTA, 1985 EN TORRES, 2004), en este proceso de regulación se refuerzan los patrones de desigualdad que corroe las estructuras de la sociedad y naturaliza la discriminación, (TORRES, 2004).

Por otra parte, en el discurso de los grupos focales se reconoce que el proceso de socialización de las mujeres está marcado por la identidad tradicional de roles. Esto indica que el género es transversal en los relatos de las y los sujetos de estudio. Para estas/os, las mujeres han aprendido roles relacionados con el cuidado de otros, ama de casa y cuidadora de los hijos, que las encuadran en un escenario puertas adentro de sometimiento y subordinación. Y

de acuerdo a estos parámetros se inscribe la percepción de los sujetos y que dice relación con la escasa o nula capacidad de la mujer para tomar decisiones con respecto a su vida y particularmente, su salud y autocuidado, (VALDEZ-SANTIAGO Y COL., 2004).

Respecto a la sexualidad, los abusos en este plano, reconocen, no son fáciles de detectar ni abordar, por los significados que la sexualidad y su ejercicio tienen en la subjetividad de las personas, por lo que se hace difícil abordar en forma directa. Tanto para los profesionales y/o funcionarios/as encargadas de acoger y brindar atención a las mujeres, como para éstas. Mas aún si, para este grupo, las mujeres agredidas viven una realidad en la que no tienen control sobre su cuerpo, lo que las hace mas vulnerables. Esta ubicación del cuerpo femenino como lugar de dominio masculino y donde ejerce privilegios respecto a la sexualidad y sus derechos reproductivos “desenmascara el carácter patriarcal de los pactos sociales, identifica la violencia contenida en el lenguaje y en el orden simbólico”, (TORRES, 2004).

Otro componente de los temores de las mujeres, que aparece en los relatos de estos grupos, es la credibilidad que su denuncia pueda tener cuando ha habido violación y la vergüenza y pudor que sienten ante el hecho. A juicio de los sujetos del estudio, la mujer agredida no es capaz de construir una sexualidad plena y placentera. Inmersa en una relación de asimetría de poder, el aspecto mas vulnerado de aquélla es, precisamente su sexualidad. Cuando han tenido información respecto a violaciones, algunos funcionarios reconocen tener una actitud pasiva. No actúan, aún teniendo una responsabilidad social al respecto, en tanto agentes de salud. Por otro lado, el abuso sexual es motivo de estigmatización debido a los estereotipos de género que tienden a culpar y responsabilizar a la víctima, lo que es consistente con otros hallazgos, (MIRELES, 2001).

Aquí es imperativo decir que, generalmente, cuando se habla de salud sexual y derechos reproductivos sólo se vincula a los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual, genitalizando la sexualidad, sin entender que ésta es parte integral de la salud y bienestar de mujeres y hombres. Persiste además una educación sexista evidente dentro de la familia y todavía fuerte en las escuelas y otros grupos sociales. Por tanto, reconocer que si bien no existe, para la mayoría de los sujetos, una posibilidad de educación sexual formal, se aprende a través de conductas, actitudes y estereotipos. Tener conciencia de ello permitirá reaccionar y entender que es fundamental el papel de la educación –colegios, medios de comunicación, etc.- que favorezca el equilibrio entre géneros y que guíe a los sujetos a sacudirse de esquemas sociales preestablecidos. Un estudio demostró que al respecto es posible realizar un cambio cualitativo, basados en la capacitación, “comunicación, reflexión y construcción colectiva de saberes,” en un marco de respeto e igualdad, (MIRELES, 2001).

En otro contexto, cabe discutir ciertos aspectos del discurso de profesionales y funcionarios, con respecto a sus percepciones en relación a cuando asignan gran

responsabilidad a las costumbres y valores socializados en los sectores rurales con fuerte influencia indígena, lo que traduce prejuicios de clase y etnia en su discurso. Esto, al describir la ubicación geográfica y étnicidad, como determinantes en el proceso de socialización de la presencia y naturalización de la violencia. Situación que a juicio de ellos, no presentan otros habitantes del país. Además, por lo que ellos mismos dicen, no cuentan con elementos de comparación con sectores urbanos como para decir que esto es prerrogativa de zonas rurales, lo que obviamente es un discurso prejuicioso, (VAN DIJK, 2002). El sesgo racista en su discurso se desprende cuando, en varias oportunidades, se refieren al origen del machismo como propio de las etnias mapuche y lafquenche que habitan en la zona. Y, peyorativamente, hablan de degeneración de la raza- refiriéndose a la endogamia, práctica común en esos sectores rurales.

En el contexto institucional, la creación de instancias como el Programa de Salud Mental y la Red de Violencia Intrafamiliar, lo consideran un aporte que les ha permitido, principalmente a las y los profesionales de la salud, adquirir experticias en relación a pesquisa y derivación de estas mujeres. No obstante, hacen una fuerte crítica a las otras instituciones que debiendo realizar un trabajo en conjunto, escasamente se comprometen a participar en forma activa. Aquí hacen referencia a la Red de Violencia Intrafamiliar (VIF), que es una agrupación que debiendo tener la participación de instituciones que se ven involucradas, en algún momento, en la problemática de la violencia de género y sus consecuencias, tanto de salud como legales y judiciales, no cuenta entre sus integrantes con la instancia encargada de administrar soluciones jurídicas. Por otro lado, la participación de la institución uniformada, que está en la primera línea de acogida a las demandas de las mujeres agredidas, es inconstante. Esto sin duda perjudica el rol que se ha propuesto cumplir la Red de VIF como instancia de apoyo para las mujeres- y sus familias- que viven violencia. A su juicio, esto actúa en contra de la mujer y sus expectativas de acogida y solución a sus problemas. Lo expuesto aquí, no difiere mucho de lo que sucede con la Red en otros lugares. Se tienen referencias de otra comuna, donde se realizó el piloto de grupo focal, en donde la situación es, incluso, peor. Un estudio local, inédito, reporta un funcionamiento de la Red algo más estructurado y mayor compromiso. Aún así, los y las integrantes no tienen muy claro en qué consiste el trabajo en redes necesario en este caso y las competencias de cada actor involucrado, (PINO, sf).

En este contexto, reconocen, que es alarmante la forma de reacción de algunas mujeres, que en ocasiones, responden con la misma violencia, lo que habla de agotamiento en la mujer y desamparo ante las redes de apoyo familiar y social, al intentar resolver conflictos de manera instintiva, favoreciendo el establecimiento de una espiral de violencia que no hace sino agravar la situación y entorpecer cualquier intento de resolución racional, para esta mujer y su familia. Apoya esto, las situaciones en las que la mujer cede ante la presión del marido o, movida por la desconfianza de obtener ayuda efectiva, corta el vínculo con las instancias de apoyo existentes.

Si bien en algún momento el discurso de profesionales pareciera ser autocomplaciente, en cuanto al trabajo realizado y sus logros, es de reconocer que el corto tiempo transcurrido desde su creación, no permite un alcance mayor. Corresponde separar el discurso de los funcionarios de salud de postas, debido a que estos, tienen una percepción mucho más crítica del rol que hasta el momento han cumplido tanto la parte Salud como la Red. Aunque en relación a esta última sus opiniones revelan coincidencias con los otros grupos, sus principales reparos están en el accionar del Programa de Salud Mental, en relación al flujo de información hacia ellos; los recursos humanos y materiales, y; las soluciones, que a su juicio, no son las más adecuadas. Se sienten marginados de las acciones y/o decisiones tomadas al interior del equipo de salud. Se saben sujetos con una responsabilidad social en tanto agentes de salud ubicados en una posición estratégica, ya que son la primera instancia de consulta de la población, lo que es relevante al considerar el aislamiento geográfico relativo en que se encuentran las postas de salud rurales. Por lo mismo, creen que debieran ser integrados y mejor considerados por el resto del equipo sanitario. Es imperativo, para ellos, acceder a la información de programas y propuestas de trabajo claras, para que puedan ser agentes multiplicadores en sus comunidades. Fortalecer el trabajo de equipo, considerando a todos sus actores, al margen de jerarquías, para abordar integralmente la problemática de la salud mental y violencia doméstica y potenciar las redes de apoyo social, que en el presente son insuficientes o, en algunos sectores, inexistentes. Por último, considerando todo lo discutido aquí, se hace necesario, para combatir el flagelo de la violencia y sus consecuencias para la mujer, abordar el problema desde todos los ángulos, en sus dimensiones psicosociales, culturales y económicas, no sólo porque significa costos elevados para los sistemas de salud y las economías de los estados, “sino de garantizar su bienestar porque ese es su derecho”, (TORRES, 2004).

En relación a los relatos de mujeres, un hallazgo de importancia es que la mayoría es víctima de algún tipo de violencia. Las mujeres que en el test de tamizaje de valoración de la violencia no reconocieron este hecho, colocadas en una situación de mayor privacidad, en la que se les propuso que hablaran libremente de sus historias de vida, hubo un reconocimiento de la violencia. La más habitual era la forma psicológica, seguida por la violencia sexual. Esto no correspondía a hechos aislados sino que formaba parte de la cotidianeidad de sus vidas, y siempre el agresor fue la pareja. Aunque para otras, la violencia era absolutamente invisible. Sin embargo, cabe aclarar que, la violencia sexual, con violación o no, es vista como algo natural, en tanto es parte de los derechos del hombre sobre la mujer o, al menos soportable e imperiosamente oculto. Y, donde la mujer tiene internalizado el rol de gratificadora sexual del hombre. Resultado similar al obtenido por un estudio cubano que mostró que la mayoría sufre algún tipo de agresión con predominio de la violencia psicológica; a través de la desvalorización de la mujer, hostilidad e indiferencia ante las necesidades de afecto de la mujer; seguida de la sexual, (VELAZCO Y COL. sf).

Cabe señalar que las agresiones psicológicas por ser soterradas y sistemáticas, y que van destruyendo lentamente la autoestima de la mujer no son sancionadas socialmente porque se inscriben y justifican en la concepción tradicional de lo permitido en la pareja. Además,

muchas veces, el agresor goza de prestigio por sus cualidades de hombre, que lo hace irreprochable. Peor aún, la mujer no sólo tolera esta situación sino que además se siente responsable y culpable del maltrato. Esto se puede entender por la importancia de las ideologías, creencias y sentimientos que hacen posible la aceptación de la violencia por la sociedad, incluida la mujer que es la sometida. Lo que Bourdieu llama violencia simbólica, donde los dominados entienden las relaciones de dominación como categorías naturales y no construidas por los dominadores, en este caso aplicado a la dominación masculina y que se va internalizando en los individuos a través de los hábitos y, a los que sometidas se van adaptando para “responder al orden social que se les impone”. Es así como la violencia simbólica es el trabajo previo (a otras formas de violencia) “que asegura la dominación, que favorece la adquisición de hábitos de dominación y sumisión en ambos géneros, y que ayuda a aceptar, tácita o expresamente, las creencias patriarcales dominantes en la sociedad”, (ALBERDI, 2000; BOURDIEU, 2000).

Respecto a las formas que toma la violencia, este estudio estableció que la física es la segunda más común, ya que la forma psicológica, es generalizada. El menor porcentaje de la primera es producto de la sanción social que acarrea, dado lo visible de las secuelas, la visibilización y toma de conciencia que se ha producido en la población respecto al maltrato, desde hace un par de décadas y gracias a los movimientos de mujeres que han contribuido al conocimiento de los hechos en relación a la violencia de género. Esto también es reportado por otro estudio, el que además, hace la comparación con la realidad de otros países de la región, con importantes diferencias. En estos se demostró que la violencia física tiene cifras muy elevadas, entre estos está Nicaragua y México, 70% y 90% de predominio de la violencia física, por sobre otras expresiones violentas, (VELAZCO Y COL. sf).

Los inicios de la violencia, en general, se dan una vez que la relación se formaliza, ya sea a través del matrimonio o la convivencia. El número de hijos e hijas no es causal del inicio de aquélla, lo que es consistente con otros estudios. En relación a los hijos e hijas, a lo largo de sus ciclos vitales y sobre todo cuando son adolescentes, son un factor que influye en la problemática de la violencia y las alteraciones mentales de la mujer. Esto se da porque: uno; son utilizados/as por el hombre como instrumento de agresión, inculcándole el trato agresivo hacia la madre, principalmente a los hijos varones. Dos; los cambios conductuales propios del adolescente que pasa a ser una carga que debe afrontar sola y de la que se siente responsable por la misma perspectiva que tiene del ser mujer, con su multiplicidad de roles, entre los cuales está el atender la socialización informal de las hijas e hijos.

La violencia de género, que para efectos de esta investigación se circunscribe al ámbito doméstico, genera no sólo sufrimiento y malestares a nivel psicoemocional en las mujeres sino que puede tener consecuencias irrecuperables como las secuelas físicas que pueden llegar a ser incapacitantes y, por supuesto; el asesinato. Hallazgos como sordera, desfiguración facial, dolores crónicos debido a las palizas, se encontraron en las mujeres de este estudio. Un estudio retrospectivo de 10 años reportó el aumento, en el periodo, de las muertes por violencia

intrafamiliar, en donde las víctimas en un 65,2 % fueron, por excelencia, mujeres, y todas ellas a manos de la pareja u otro hombre relacionado con ella. El móvil de estos actos casi siempre son los celos, por la necesidad del hombre de poseer el control sobre la mujer, sus actos, relaciones y particularmente de su cuerpo en lo sexual y reproductivo, (LUGO Y COL. 2002).

Respecto al por qué la mujer se mantiene ligada al maltratador, diversos son los factores que intentan explicar el fenómeno. Desde las mujeres está, principalmente, el temor al desamparo económico para ella y sus hijos e hijas. Por otro lado, la percepción que tienen de que el matrimonio es para siempre y un espacio construido por ellas. Sin embargo, a la luz de sus relatos, muchas veces, estas justificaciones se desvanecen ante el peso de la realidad, en la cual el hombre no significa un aporte en lo económico, ni como esposo. Es ahí donde nos encontramos con que la existencia de los ciclos de la violencia y el síndrome de la mujer maltratada explican esta aparente aceptación. Todas las mujeres refieren comportamientos cíclicos en el hombre, y por consiguiente, sus propias reacciones van a estar de acuerdo a esta ciclicidad. Los estudios revisados concuerdan con esto, aunque, en uno de ellos los ciclos están alterados como es el caso de mujeres del medio rural, en donde los episodios violentos son de carácter mas agudo, sin acumulación previa de tensiones y no tienen un periodo de arrepentimiento del hombre, lo que se explica por las características de las comunidades indígenas estudiadas en donde esta mas arraigado el concepto de plenos poderes del hombre y sus derechos sobre la mujer. Esto, explica que ciertas prácticas violentas se entienden en “determinado marco de la construcción de modelos locales de feminidad y masculinidad”, (ALBERTI 2004; TORRES, 2004).

También se quiso indagar respecto a si los modelos de crianza violentos eran determinantes de hijos maltratados, nos encontramos con que no necesariamente un hijo maltratado o con experiencia de violencia en la familia de origen se convierte, de adulto, en hombre golpeador. Si, de esta realidad surgen hijas más susceptibles de ser víctimas de violencia porque el patrón en las relaciones de pareja es asumido por éstas como un destino inevitable. Lo que es reportado por otro estudio, (ALBERTI, 2004).

Las percepciones que las mujeres tienen de las causas que generan violencia en sus parejas, generalmente, son la ebriedad de éstos; la no aceptación de tener relaciones sexuales; los celos y la reproducción; la desobediencia de ellas ante los mandatos masculinos. Aunque muchas veces, la misma mujer justifica el comportamiento violento, responsabilizándose por él, suele tomar alguna opción: es decir; se somete porque se merece el castigo o, genera alguna forma de resistencia que le permita sobrevivir y en este caso puede responder con violencia o abandonar al agresor, lo que indica que existe en la mujer la posibilidad de cuestionamiento al papel socialmente asignado, (PÉREZ, 2004).

Por otro lado, la mujer asume sola la responsabilidad del buen entendimiento y fluidez en la relación de pareja, percepción que se incrementa en la fase de luna de miel del ciclo de la violencia, lo que es un agravante para la autoestima de la mujer, ya que la imagen empobrecida de sí misma es otra característica e ingrediente indispensable en la dinámica del maltrato. Para alimentar los sentimientos de poder y grandeza se necesita de “la subordinada ya que cada uno depende del otro para satisfacer las necesidades originadas en el desequilibrio del poder”, (FERNÁNDEZ, 2004).

Este escenario de violencia tiene, muchas veces, consecuencias directas sobre los hijos e hijas de estas mujeres, ya que actúa como un detonante de del maltrato infantil, al ser estas/os un vehículo para la descarga de frustraciones y rabias. No es infrecuente, en los relatos de las mujeres de esta investigación, la confesión, con gran sentimiento de culpa, de haber castigado a los hijos e hijas por causa de “las peleas con el marido” o, porque se sentían agobiadas y aquéllos eran una molestia con sus requerimientos y demandas de cuidados. Esto generalmente sucedió cuando se habían iniciado los malestares psicológicos y emocionales y la mujer no tenía conciencia de ello. Un estudio al respecto, confirma lo anterior y agrega que este comportamiento agresivo de la mujer no obedece a patrones de comportamiento, sino que a modelos socializadores en que las relaciones se establecen “sobre jerarquías de poder”, (ROBLES, 2004).

Como una consecuencia directa de la violencia doméstica encontramos las alteraciones en la salud mental de estas mujeres, las que se expresan en depresiones y /o trastornos ansiosos. Aunque estos no siempre son asumidos por las mujeres como el resultado de la agresión sistemática, mas bien lo atribuyen a problemas de diversa índole en el plano familiar, ya sea económicos o el comportamiento de las hijas/os, entre otros. Si bien estos aspectos sí pueden constituirse en factores agravantes para la salud mental de la mujer, no tienen el peso que la mujer le asigna. Otros elementos se agregan para constituir un todo que sistemática y paulatinamente van sobrecargando a la mujer; dentro de los cuales tenemos la soledad e insatisfacción producto del círculo violento que la rodea. La culpa es otro elemento que pareciera ser constitutivo (y no aprendido como lo es) de la naturaleza femenina. Prácticamente no hay historia contada que no tenga expresiones culposas. No obstante lo anterior, este estudio encontró, al igual que otros reportes, que la mayoría de las mujeres reconocen como consecuencias de la violencia; la tristeza, sufrimiento, daño mental, enfermedades y muerte, (PÉREZ, 2004).

Por último, destacar una dimensión no imaginada al inicio de la investigación y que es un dato recogido en la mayoría de las entrevistadas. Particularmente llamativo en aquellas mujeres que no reconocían previamente violencia, y que dice relación con la presencia de violencia intrafamiliar desde temprana edad, ya sea hacia ellas, hermanas y hermano o sus madres. Es así como de nueve entrevistadas, siete tuvieron una infancia signada por el abandono de uno a ambos padres y/o la violencia intrafamiliar, incluida la agresión sexual. En este contexto, muchas optaron por salir de su casa para trabajar e independizarse y otras, la

mayoría, se aferró al primer hombre que se les cruzó en el camino y que les prometió la salvación, lo que indefectiblemente terminó por ser el inicio de un camino de sufrimiento, perpetuando el modelo de subordinación y aceptación del maltrato recibido en el hogar de origen. Este dato fue reportado por otros estudios, anteriormente, (VELAZCO Y COL. sf).

Este escenario, en el que la mujer debe enfrentar por una parte, una sociedad machista que la socializa, desde la cuna, como un individuo de segunda categoría, sometiéndola a las directrices impuestas por una cultura patriarcal. En la otra cara de la moneda, se la impulsa a desarrollar competencias que le permitan, criar y educar a los/las hijos/as, mantener el hogar. Todo ello siempre bajo la mirada inquisidora de la sociedad. Además, sola. Carente de afectos, compañía, solidaridad, no es de extrañar que en algún momento, el frágil equilibrio que la sostiene, se rompa, con las consecuencias ya analizadas.

6. CONCLUSIONES.

Explorar en las historias de vida permitió descubrir eventos de violencia en la vida de mujeres que, en otras instancias, no la habían reconocido. Principalmente de tipo psicológica y sexual. Lo anterior valida la utilización de métodos cualitativos para aproximarse a la problemática de la violencia doméstica y sus consecuencias. La creación de un ambiente de privacidad y confianza, facilita el relato. Respetando sus ritmos y progresiones discursivos, se logra establecer el “rapport” necesario para la indagación en los aspectos más íntimos y sensibles en las historias de vida de los sujetos.

Los significados y sentimientos que estas mujeres atribuyen al proceso de socialización las confina a aceptar como inevitable toda práctica violenta en su contra, como resultado de la violencia simbólica que perpetúa y naturaliza estas prácticas. Si bien un porcentaje de mujeres entrevistadas, tiene la capacidad de cuestionar la dominación y sometimiento de que es objeto, no cuenta con herramientas personales y sus redes de apoyo social son mínimas o no existen como para decidirse a romper el círculo de violencia.

Para estas mujeres los episodios de violencia comenzaron, generalmente, al iniciar la vida en pareja y fue mas aguda y constante a través de su vida adulta, disminuyendo a medida que se acercaban a la edad de adulta madura, en el caso de aquellas que ya estaban en tránsito a la tercera edad.

Un hallazgo que surgió de manera potente en los relatos de estas mujeres, fue que las experiencias traumáticas, de abandono y violencia vividas en la infancia, son el denominador común a todas, excepto una mujer. Esto destruye su autoestima y las hace susceptibles de sufrir maltrato cuando adultas e imitar el modelo materno de subordinación y resignación.

En relación a la percepción de estas mujeres, de las redes de apoyo institucional y social, existe desconfianza aprendida en el transcurso de sus experiencias cuando acudieron a solicitar ayuda. El sector salud con su programa específico de Salud Mental, es el que obtiene la mejor consideración y credibilidad de parte de la mujer.

En relación al discurso de los grupos, para cada estamento que compone la estructura de Salud, es imperativo el acceso a la información de programas y propuestas de trabajo claras, con capacitación sistemática. Así podrán ser agentes multiplicadores en sus comunidades. Fortalecer el trabajo de equipo, considerando a todos sus actores, al margen de

jerarquías, para abordar integralmente la problemática de la salud mental y violencia doméstica. Potenciar las redes de apoyo social, que en el presente son insuficientes o, en algunos sectores inexistentes. Urge comprometer la acción de las diversas instituciones que componen la Red de Violencia, dado que son un factor fundamental en el abordaje de la violencia y sus secuelas.

Es de esperar que la información generada sea un aporte que permita articular intervenciones que recuperen a la mujer como sujeto de derecho. Pondere la importancia de violencia doméstica como factor subyacente de alteraciones de la salud mental y física en distintas etapas del ciclo de vida individual y familiar (disfunciones sexuales, somatizaciones, ansiedad, depresión, entre otras). Y, genere conciencia sobre creencias, actitudes, sentimientos, significados y valores ideológicos de víctimas de violencia doméstica y de actores sociales ubicados en instituciones relacionados con servicios de apoyo instrumental y funcional. En este contexto la matrona y matróon puede y debe tener un papel preponderante por ubicarse en un punto terminal en la estructura de los sistemas de salud, con facultades de pesquisa y derivación a los diferentes especialistas, potenciando el trabajo en redes.

Por todo lo anterior, es a través del conocimiento y la comprensión de los procesos mentales y socioculturales- personales y colectivos-, que envuelven la construcción y transmisión de las ideologías y creencias que marcan la socialización, que es posible abordar la violencia de género y sus consecuencias, en forma integral y libre de estigmas y prejuicios. De acuerdo a esto, es pertinente señalar que todo intento por erradicar la violencia sin considerar la desigualdad social y política de hombres y mujeres, fracasa en su propósito porque no ataca la raíz del problema.

7. BIBLIOGRAFÍA.

ALBERDI, I.; N., MATAS. 2002. La violencia doméstica. Informe sobre malos tratos a mujeres en España. Edit. Fundación La Caixa. 316 p

ALBERTI, P. 2004. ¿Qué es la violencia doméstica para las mujeres indígenas en el medio rural? En: FERNANDEZ, T. 2004. Coord. Violencia contra la mujer en México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México ISBN: 970-644-354-1 México.
(Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_en_línea/violenciamujer.pdf) Consultado en: Diciembre 2005.

ALVARADO, R.; C. ERAZO. 2002. Violencia conyugal según niveles socioeconómico en región Metropolitana. Rev. Chil. Sal. Púb., 2002. Vol 6(1): 27-35.

AMEZCUA, M; A. GÁLVEZ. 2002. Los modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Sal. Púb. 2002; 76: 423-436.

ARCOS, E; P. RITTER; C. GUTIERREZ. 2006. “Estudio de la violencia doméstica en mujeres con depresión y trastornos de ansiedad”. Cuadernos Médicos Sociales. 2006; Vol. 46, Nº 3. Septiembre. Chile. Pgs. 195-204.

ARTILES de L., I. sf. Facultad de Cs. Médicas “Comandante Manuel Fajardo”. Cuba. Salud y Violencia de Género.
(Disponible en: <http://www.scielo.sld.cu/cgi-bin/wxis.exe/idh>) Consultado el: 4 de Abril de 2004.

BOIX G., M. A. 2002. El Papel de la Educación en la Prevención de la Violencia de Género. Grupo de Coeducación del MRP Escola d’Estudio del PV Elche, Julio 2002.
(Disponible en: <http://www.nodo50.org/doneselx/vioeducación.htm>) Consultado el: 10 de Abril de 2004.

BOURDIEU, P. EN : DE SOUZA MINAYO, M. 1997. El Desafío del Conocimiento. Edit. Lugar. Buenos Aires.

BOURDIEU, P. 2000. La dominación masculina. Atenea Digital. Nº 1:18-24
(Disponible en: http://www.hombresigualdad.com/pierre_bourdieu.pdf) Consultado en: Enero de 2006.

BURIEL de S. V. 2003. Decálogo sobre la violencia contra las mujeres. I y II. Rev. La Morada 1(24).2003.
(Disponible en: <http://www.violenciaintrafamiliar.virtuabyte.cl/biblioteca/46.pdf>)

Consultado el: 23 de Marzo de 2004.

CALVIN, M.E. 2001. Género, Salud Mental y Violencia. OPS/OMS.
Proyecto Equidad, Género y reforma de la Salud en Chile.
(Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/HDP/HDW/mentalhealthandviolence.pdf>)
Consultado el: 15 de Abril de 2004.

CORSI, J. sf. La violencia hacia las mujeres como problema social. Documentación de Apoyo
Fundación Mujeres.
(Disponible en: <http://www34.brinkster.com/jorgecorssi/violencia%20hacia%20la%20mujer.pdf>) Consultado
el: 4 de Abril de 2004.

DE SOUZA MINAYO, M. 1997. El Desafío del Conocimiento. Edit. Lugar. Buenos Aires.

FERNANDEZ, T. 2004. Acerca de la violencia conyugal y su repercusión en la autoestima de
la mujer. En: FERNANDEZ, T. 2004. Coord. Violencia contra la mujer en México. Comisión
Nacional de los Derechos Humanos México. ISBN: 970-644-354-1 México.
(Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_online/violenciamujer.pdf) Consultado en: Diciembre 2005.

FLORENZANO, R. ; B. ZEGERS. 2003. Psicología del Desarrollo. Edit. Mediterráneo.
Santiago-Chile. Cap. 5 y 6.

GRELA, C.; A. LÓPEZ G. 2001. Mujeres, Salud Mental y Género. Montevideo. Comisión de
la mujer. Intendencia Municipal de Montevideo.
(Disponible en: <http://www.montevideo.gub.uy/mujer/saludmental.pdf>) Consultado el: 25 de
Marzo de 2004.

HARDEY, E; A.L., JIMÉNEZ. 2001. UNICAM, Brasil. Masculinidad y Género.
Rev. Salud Pública. 2001; 27(2): 77-88.

HEISE, L.; M: ELLSBERG; M: GOTTENMOELLER. 1999. Informe: Para Acabar con la
Violencia contra la Mujer.
Population Report. Center for Communication Programs. The Johns Hopkins University. School
of public Health. Vol. 27(4). Serie L, N° 11.

LUGO, B; N. DIAZ. Et al.2002. Violencia intrafamiliar mortal. Rev. Higiene y
Epidemiología. V. 40 N° 3. Habana. Cuba.
(Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?Ing=pt>) Consultado en: Diciembre 2006

MINISTERIO de SALUD, MINSAL. Chile. 2001. Informe sobre Salud Mental.
Cap. 1 y 5.

MINISTERIO de SALUD, Lima, Perú. 2001. Lineamientos de política para el desarrollo del plan nacional de salud mental.

(Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/otraspublicaciones/15/LINEAMIENTOS%20PARA%20LA%20ACCION%20E>) Consultado el: 10 de Abril de 2004.

MIRELES, M. 2001. Estudio de caso. “Violencia de género, salud mental y derechos en las Américas” Simposio 2001. México.

(Disponible en: <http://www.paho.org/spanich/AD/GE/Symparticipantsp.pdf>) Consultado en: Diciembre de 2004

MONTERO, A. 1999. El síndrome de Estocolmo doméstico en mujeres maltratadas.

(Disponible en: <http://www.sepv.org/>) Consultado en: 18 de Abril de 2004.

OMS. 2001. Informe Sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Cap. 2, 3, 4.

(Disponible en: http://www.WHO.int/whr2001/2001/main/sp/pdf/prelims_sp.pdf)

Consultado el: 30 de Abril de 2004.

OMS. 2001. Programa Mundial de Acción en Salud Mental.

(Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf) Consultado en: Enero de 2006

PAHO/WHO. 2002. Violencia sexual basada en género y salud. Programa Mujer, Salud y desarrollo. Serie Género y salud. San José de Costa Rica, Octubre de 2002.

ISBN: 9275322643.

PEREZ, F. 2004. Pegar “de balde”/pegar “con razón”. Aproximación etnográfica a las prácticas violentas hacia mujeres en comunidades Tojolabales. En: FERNANDEZ, T. 2004. Coord. Violencia contra la mujer en México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. México. ISBN: 970-644-354-1 México.

(Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_en_linea/violenciamujer.pdf) Consultado en: Diciembre 2005.

PINO, S. sf. “Una Aproximación al Modelo de Coordinación Intersectorial Propuesto por el SERNAM para Intervenir en Violencia Intrafamiliar. Descripción de la Experiencia y Percepción de las y los Actores Institucionales de la Red VIF de Calbuco”. Dcto. De Trabajo. Valdivia.

PRIETO, M; J.C. MARCH. 2002. Paso a Paso en el Diseño de un Estudio Mediante Grupos Focales. Rev. Esp. Aten. Primaria. 2002. 29(6): 366-373.

ROBLES, R. 2004. La violencia contra la mujer. Una violencia que se expande. En: FERNANDEZ, T. 2004. Coord. Violencia contra la mujer en México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. ISBN: 970-644-354-1 México.

(Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_en_linea/violenciamujer.pdf) Consultado en: Diciembre 2005.

SAGOT, M.; 2000. OMS/OPS. La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. (Serie: Salud, Mujer y Desarrollo).

TORRES, M. 2004. El marco legal de la violencia de género: Avances y desafíos. En: FERNANDEZ, T. 2004. Coord. Violencia contra la mujer en México. Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. ISBN: 970-644-354-1 México.

(Disponible en: http://www.iidh.ed.cr/comunidades/derechosmujer/docs/dm_en_linea/violenciamujer.pdf) Consultado en: Diciembre 2005.

VALDEZ,R; L. ARENAS. 2004. Et al. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Rev. Salud Pública. México 2004. v.46: 56-63.

(Disponible en: <http://Redalyc.vaemex.mx/redalyc/pdf/106/10646109.pdf>) Consultado en: Diciembre de 2004.

VAN DIJK, T. 2000. El Discurso como interacción social. Vol.2 Edit. Gedisa. Barcelona. Cap. 1

VAN DIJK, T. 2002. El Análisis crítico del Discurso y el Pensamiento Social. Athenea Digital. Nº 1. 2002.

(Disponible en: <http://autalya.vab.es/athanea/num1/vandijk.pdf>) Consultado en: Noviembre de 2004.

VELAZCO, D; M. NARANJO. Sf. Identificación de manifestaciones de violencia hacia la mujer por parte de su pareja: Estudio en un área de salud. Cuba.

(Disponible en: http://diproredcongresos.8m.com/cgi/refer_this_site) Consultado en: Noviembre 2006

Anexo 1

PAUTA PARA GRUPOS FOCALES.

I.- Introducción

Buenas tardes. Antes de comenzar queremos agradecerles su participación, las/os hemos invitado para conversar de los conceptos de salud mental y violencia doméstica, desde la perspectiva de género.

Estoy realizando una investigación, para acceder al grado de Licenciatura de la carrera de Obstetricia y Puericultura, de la Universidad Austral de Chile, para conocer los discursos o planteamientos sobre la depresión y trastornos de ansiedad y violencia doméstica de la Red de Violencia de esta comuna,(equipo del programa de salud mental). Para ello estamos realizando una serie de reuniones como ésta, para que Uds. conversen sobre estos temas, desde su experiencia laboral. Profundizaremos en aquéllos aspectos relacionados con el estudio.

Para el desarrollo de la investigación es fundamental que presenten sus opiniones y que comenten cuanto se les ocurra sobre los temas de salud mental y violencia doméstica.

II.- Presentación del equipo y participantes (sólo nombre y lugar de procedencia)

III.- Metodología de trabajo.

Explicación de la forma de trabajo. Como dije anteriormente, esta es una conversación en la que ustedes libremente pueden expresar sus opiniones. Tengo algunas preguntas sólo para motivar la discusión.

Les recuerdo que la información recogida es confidencial y anónima y sólo será usada en el contexto de la investigación.

Para facilitar la conversación les sugiero solicitar la palabra y no interrumpir a las personas que estén hablando, pues cada una de sus opiniones es importante para mi estudio. Realizaré un registro de grabación de la conversación y registros escritos. El tiempo de la reunión es de aproximadamente dos horas.

IV.- Dimensiones y categorías de análisis.

1. La salud mental:
 - Depresión
 - Trastornos de ansiedad
2. Violencia doméstica:
 - Formas de violencia (física, psicológica, sexual)
3. Identidad de género:
 - Transmisión del modelo (rol femenino), trans e intergeneracionalmente.
 - Representación de la maternidad.
 - Otridad.
4. Ejercicio del poder en la relación de pareja.
5. Visión de la Red de violencia acerca de los temas expuestos.

Preguntas:

- 1.- ¿Qué percepción tienen sobre los trastornos mentales que afectan a las mujeres: depresión, trastornos de ansiedad?
- 2.- ¿Cómo percibe, desde el punto de vista profesional,(laboral) la relación de la VD con aspectos como la salud, el desarrollo personal en mujeres?
- 3.- ¿Desde su experiencia profesional (laboral) cuáles son las formas de expresión de la violencia doméstica?
- 4.- ¿Cómo percibe la relación de género en mujeres que reconocen experiencias de violencia doméstica? Distribución del poder
- 5.- ¿Qué entiende por identidad de género?:

Comentarios sobre:

- agentes determinantes de la identidad de género, socialización del género
 - valoración de la maternidad (registrar los aspectos relacionados con el ejercicio de lo que considera una “buena maternidad” o cumplimiento del “rol maternal”
 - En este contexto, caracterice el desarrollo de la mujer que atiende...SIEMPRE desde la experiencia profesional (autonomía para desarrollarse emocional e intelectualmente)
- 6.- ¿Qué opina de la forma en que se aborda esta problemática, a nivel de los Programas de salud Mental? (Red de violencia)
 - Eficacia de soluciones jurídicas y apoyo social. (terapias y apoyo social)
 - ¿Percepción sobre beneficios efectivos del apoyo prestado?
 - ¿Cómo debe auto-gestionar sus propios recursos (identifíquelos) para mejorar su situación de salud y/o violencia que las afecta?
 - ¿Cambiaría algo (a nivel institucional y/o personal) del Programa existente?
 - ¿Cuáles serían para Uds. los factores que facilitan y limitan su relación e interacción con una usuaria que presenta Violencia Doméstica?

V.- Cierre de sesión.

Les agradecemos su valiosa participación en el estudio y quisiéramos reiterar una vez más, que toda la información obtenida es confidencial y anónima y que será usada sólo para fines de la investigación. Gracias.

Anexo 2

PAUTA DE ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

I.- Presentación de entrevistadora y participante.

II.- Objetivo de la entrevista (general) y DEL PROYECTO (LEER TEXTUALMENTE ACTA DE CONSENTIMIENTO) asegurar confidencialidad y anonimato.

Presentación de acta de consentimiento y firma.

III.- Metodología.

Explicar que se trata de una conversación en la que la entrevistada tiene libertad para hablar de su historia de vida y que haré algunas preguntas sólo para guiarla y motivarla hacia aquellos temas que sean más relevantes para mi investigación.

Asegurarle que la escucharé atenta y respetuosamente, y si tiene dudas o no desea tocar algún punto, será respetada su decisión. Le informo que haré registros grabados y escritos.

El tiempo de entrevista dependerá de la duración de la conversación.

IV.- Dimensiones y categorías de análisis. Preguntas.

1.- Salud mental.

2.- Violencia domestica.

Historia del grupo familiar, tipo de familia.

Historia de su crianza.

Relación de pareja.

Ejercicio del poder en la relación de pareja. ¿Quién manda en la casa?

Relación con los hijos.

Relación con otros seres significativos.

Ingreso a Programa de salud Mental:

Inicio de malestar.

A qué atribuye estos malestares.

¿Cuándo se vio en la necesidad de pedir ayuda?

¿Por qué decidió contarle a alguien su situación y a quién lo hizo?

(Si reconoce violencia doméstica):

- ¿Quién ejerce la violencia y hacia quién?
- ¿Qué forma de violencia?
- ¿A qué atribuye la violencia?
- ¿Cómo son los episodios de violencia?
- ¿Ha pensado cómo resolver el problema?, ¿cree que la solución está en sus manos?

¿Existe alguna persona cercana que le ayude o escuche cuando lo necesita? ¿Quién?

¿Cómo es su relación sexual con su pareja?

- ¿Quién decide el momento y lugar de tenerla?
- ¿Si UD no lo desea, es respetada en su decisión?
- ¿Si se niega, cómo reacciona él?
- ¿Es posible que tome UD la iniciativa, o debe esperar que su pareja lo haga?

Anexo 3**ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA****INVESTIGADORA RESPONSABLE: NIZA CAÑOLES ACUÑA.****TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:****SIGNIFICADOS Y CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN LAS HISTORIAS DE VIDA DE MUJERES CON DEPRESIÓN Y/O TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

Se me ha solicitado participar de una investigación que está explorando en los significados y consecuencias que la violencia doméstica tiene en mujeres con trastornos ansiosos y/o depresión.

Al participar en este estudio, yo estoy de acuerdo en que se disponga de los registros en Fichas Clínicas respecto a mis antecedentes personales y de mi pareja, como también que se me solicite responder entrevistas relacionadas con aspectos psicológicos, emocionales y socioculturales de mi historia personal y familiar, y que se realicen registros grabados y escritos de la información.

Yo entiendo que:

1. No se me aplicarán ningún procedimiento ni intervención que ocasione riesgo para la salud, tanto física como mental.
2. Cualquier pregunta que yo quiera hacer en relación a mi participación deberá ser contestada por el investigador y/o responsables de la investigación. Preguntas más específicas serán respondidas por la patrocinante responsable del proyecto: Sra. Estela Arcos Griffiths, docente de la Universidad Austral de Chile. Fono: 211965.
3. Podré retirarme de esta investigación en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, pero mi nombre o identidad no será revelada y mis datos clínicos permanecerán en forma confidencial.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

INVESTIGADORA RESPONSABLE

PARTICIPANTE