

**Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Departamento de Psicología**



**Tesis presentada en opción al título de licenciada en Psicología**

**Propuesta de Guía Psicoeducativa para la preparación en  
violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del GBT 3,  
policlínico XX Aniversario**

**Autor: Arienny de la Caridad Prada Mier**

**Tutor: Dra. Dunia Ferrer Lozano**

**Lic. Ena Lourdes Guevara Díaz**

**Asesor estadístico: MSc. Evelyn Fernández Castillo**

**Santa Clara**

*2016*

*La Vida.*

*La Vida es una oportunidad, aprovéchala*

*La Vida es un deber, cúmpelo*

*La Vida es un juego, juégalo*

*La Vida es amor, gózala*

*La Vida es un misterio, descúbrelo*

*La Vida es tristeza, supérala*

*La Vida es un combate, acéptalo*

*La Vida es belleza, admírala*

*La Vida es un sueño, hazlo realidad*

*La Vida es un reto, afróntalo*

*La Vida es preciosa, cuídala*

*La Vida es promesa, cúmplela.*

*Madre Teresa de Calcuta.*

## **DEDICATORIA**

---

### **Dedicatoria**

A mis padres, por darme la vida, todo su amor y formarme como la persona que soy hoy.

A mi hermanita por ser mi luz.

A Juan Ernesto, por ser mi inspiración

## **AGRADECIMIENTOS**

---

### **Agradecimientos**

Gracias a Dios, por brindarme la oportunidad de disfrutar del regalo de la vida y cumplir todos mis sueños.

A mis padres, por su apoyo incondicional y la confianza en mí; por acompañarme en todos los momentos que precedieron el camino hasta aquí augurándome todo el éxito.

A mi hermanita, por su preocupación y compañía, por ser mi alegría y mi orgullo.

A Juan Ernesto, mi novio, por creer en mí y animarme en todo momento, por ser con quien puedo contar, por nuestro amor.

A mi familia, por su admiración y confianza.

A mis tutoras, Dunia y Ena, por escogerme para esta tarea, por exigir lo máximo de mí y por compartir conmigo la riqueza de sus conocimientos sin medidas.

A mis suegros por su preocupación y ayuda en todo momento, por confiar en mis esfuerzos y logros.

A Betty, por ser una compañera fiel en el largo camino que nos condujo hacia aquí, por su cariño inmenso.

A los miembros de los Equipos Básicos de Salud, por su colaboración.

A todos los profesores que contribuyeron con mi formación como profesional, por la calidad de su educación.

A todas las personas que de una forma u otra contribuyeron a la conformación de este trabajo.

Muchas Gracias

### **Resumen**

La presente investigación se realizó con los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario de Santa Clara, con el objetivo de proponer una guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los médicos y enfermeras que laboran en los mismos.

Partiendo de un enfoque mixto de investigación, se empleó un diseño secuencial desarrollándose dos etapas de investigación. La primera estuvo orientada a determinar las necesidades educativas de los profesionales en torno a la violencia de género, empleándose para la recogida de los datos un cuestionario y una entrevista semiestructurada. Se constató la presencia de una definición limitada del fenómeno, de los contextos en los que acontece, así como sus diferentes manifestaciones y consecuencias, destacándose la presencia de mitos en torno a ello. Además, poseen una escasa experiencia en la identificación de estos casos, limitándose la atención que ofrecen a los mismos.

A partir de la etapa anterior, la segunda tuvo como propósito diseñar la guía psicoeducativa para contribuir a la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud. La misma quedó estructurada en tres partes, en ella se abordaron elementos generales acerca de la violencia de género, la responsabilidad de los profesionales ante este fenómeno y por último se incluyeron recomendaciones para, desde su perfil, contribuir a la atención a esta problemática.

Finalmente se arribaron a conclusiones y se ofrecieron recomendaciones que orientan próximos estudios.

Palabras claves: Violencia de Género, Equipos Básicos de Salud, Guía Psicoeducativa.

## **ABSTRACT**

---

### **Abstract**

The present investigation was carried out with the Basic Teams of Health of the Basic Group of Work 3 of Santa Clara's policlinic XX Anniversary, with the objective of proposing a guide psych educative for the preparation in violence of the doctors' gender and nurses that work in the same ones.

Leaving of a mixed focus of investigation, a sequential design was used being developed two investigation stages. The first one was guided to determine the educational necessities of the professionals around the gender violence, using stops the collection of the data a questionnaire and an interview semi structured. The presence of a limited definition of the phenomenon was verified, of the contexts in those that it happens as well as its different manifestations and consequences, standing out the presence of myths around it. Also, they possess a scarce experience in the identification of these cases, being limited the attention that you/they offer to the same ones.

Starting from the previous stage, the second had as purpose to design the guide psych educative to contribute to the preparation in violence of gender of the Basic Teams of Health. The same one was structured in three parts, in her general elements were approached about the gender violence, the responsibility of the professionals before this phenomenon and lastly recommendations were included for, from their profile, to contribute to the attention to this problem.

Finally, they were arrived to conclusions and they offered recommendations that guide next studies.

**Key words:** Violence of Gender, Basic Teams of Health, Psych educative Guides.

## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>Capítulo1. Marco Teórico</b> .....	<b>5</b>
1.1 Panorámica general sobre la violencia de género. ....	5
1.2 La violencia de género como problema de salud. Situación en Cuba.....	9
1.3 Los profesionales de la salud ante la violencia de género. El papel de la atención primaria 11	
1.4 La Psicoeducación. Una propuesta para la atención a la violencia de género .....	18
<b>Capítulo 2. Marco Referencial Metodológico</b> .....	<b>24</b>
2.1 Paradigma de investigación .....	24
2.2 Alcance del estudio.....	24
2.3 Diseño de investigación.....	25
2.4 Descripción de las etapas de la investigación.....	26
Etapas 1.....	26
Etapas 2.....	29
2.5 Procedimiento para el análisis de la información .....	<b>30</b>
2.6 Consideraciones éticas dentro de la investigación.....	31
<b>Capítulo 3. Análisis de los Resultados</b> .....	<b>32</b>
3.1 Resultados de la Etapa 1 .....	32
3.2 Resultados de la Etapa 2.....	61
<b>Conclusiones</b> .....	<b>63</b>
<b>Recomendaciones</b> .....	<b>64</b>

### Introducción

La violencia es un fenómeno que, por su alcance, se prevé como una pandemia en el siglo XXI.

En el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, (1993) citado en Bott, Guedes, Claramunt and Guezmes, (2004) se declaró la violencia de género como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ocurra en la vida privada o en la vida pública”.

Durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud, acordó que la violencia de género fuera una prioridad en salud pública en todo el mundo e instó a los Estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio (OMS, 1996).

Con relación a ello se encuentran estudios que demuestran la magnitud del problema en distintas regiones. En los Estados Unidos, entre dos y cuatro millones de mujeres son golpeadas anualmente; 1.500 mujeres son asesinadas cada año por su pareja o ex pareja. En Francia, la violencia causa la muerte de seis mujeres por mes en manos de su pareja y constituye la principal causa de femicidio. En Europa, una de cada cinco mujeres refiere ser maltratada. Asimismo, la Organización Panamericana de Salud (OPS) estima que entre el 20% y el 60% de las mujeres que viven en América sufren situaciones de violencia. (Alemán et al., 2010).

Proveyer (2014) destaca al respecto que las investigaciones cubanas ofrecen como evidencia la confirmación de la presencia de violencia contra la mujer en todas sus manifestaciones, más allá de las diferencias socioeconómicas, etarias, educacionales u otras. De acuerdo con la información que ofrecen las estadísticas disponibles y los resultados de investigaciones, predominan la violencia psicológica y la emocional. También evidencian la vinculación de los delitos de lesiones, homicidio y asesinato de mujeres a la problemática de género y que la victimización femenina se produce en esencia en la relación de pareja y en el ámbito doméstico.

La violencia de género es considerada como un problema de salud pública que conlleva a daños a la salud física y mental de las mujeres, y por tanto es un factor que demanda de los servicios de salud, lo que representa un costo real para la sociedad. (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano, Kageyama-Escobar, 2005).

A criterio de Medina, Landenberger, de Gómez, and Patrizzi (2015), Pérez and Hernández (2009) la violencia de género tiene efectos fatales como: homicidio, suicidio, mortalidad materna, heridas físicas, embarazos no deseados, abortos, complicaciones ginecológicas, enfermedades de

## INTRODUCCIÓN

---

transmisión sexual (incluyendo HIV/SIDA), síndrome de estrés post-traumático y depresión y se asocia a condiciones crónicas.

Las investigaciones desarrolladas por Arredondo et al. (2012), Lozano et al. (2014), Alemán et al. (2010), Coll-Vinent (2008) reportan que los profesionales de la salud tienen dificultades a la hora de detectar y abordar esta problemática por lo que más del 70% de los casos son invisibles ante los ojos sanitarios por lo que no se logra identificar el problema de violencia subyacente, aun cuando ésta sea la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos por los que las víctimas demandan la atención.

En el contexto cubano se han desarrollado investigaciones orientadas a ofrecer alternativas que contribuyan a la preparación del personal médico para atender la violencia de género, tal es el caso de M. Ruíz, L. López, and Y. Hernández (2012), L. López (2009), Pría, Louro, Fariñas, Gómez, and Segredo (2006), Hernández (2011), sin embargo dentro de los estudios consultados no se ha reportado alguno que aborde esta temática específicamente en los Equipos Básicos de Salud existentes en el municipio de Santa Clara.

Los resultados obtenidos no difieren de los ofrecidos a nivel internacional por Méndez, Valdez, Viniegra, Rivera, and Salmerón-Castro (2003), Rodríguez, Márquez, and Kageyama (2005) Montalván (2009), Menéndez, Pérez y Lorence (2013) y Rojas, Gutiérrez, Alvarado y Fernández (2014).

Se coinciden con estos autores en cuanto a que predomina un desconocimiento acerca de las características de la violencia de género como un problema de salud, con especificidades en su expresión según el contexto en el que tenga lugar y el vínculo de las personas implicadas. En este sentido, el personal médico carece de información referente a la violencia de género durante su formación. En los planes de estudio se obvia la temática de género y en la formación de postgrado no se privilegian estos temas, centrando la atención en aspectos clínicos.

Los datos ofrecidos por estas investigaciones ponen de manifiesto que la labor de nuestros profesionales de la salud se encuentra limitada, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia que se presta, al centrarse en el síntoma, desconociendo sus causas.

En busca de opciones que contribuyan a la formación temática de los profesionales del Sistema Nacional de Salud y específicamente de los Equipos Básicos de Salud, sobre la violencia de género, emerge la psicoeducación como alternativa. Al respecto se conoce que existen diferentes vías para implementarla y entre ellas ha demostrado tener buenos resultados la guía

## INTRODUCCIÓN

---

psicoeducativa (González, 2013) ya que suministra conocimientos, ayuda a argumentar opiniones y su valor radica principalmente en el aporte de información. (Cueto, 2010).

Partiendo de ello representa una necesidad ahondar en esta realidad, conocerla y ofrecer alternativas al respecto. En consonancia con lo planteado y considerando la demanda del secretariado provincial de la Federación de Mujeres Cubanas de dirigir estudios de este tipo hacia los profesionales de la salud que laboran en comunidades identificadas por sus altos índices de violencia en Santa Clara (Virginia y Dobarganes), es que se realiza la presente investigación.

Por lo tanto, se asume como problema de investigación:

¿Cómo contribuir a la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario?

Objetivo General:

- Proponer una guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.

Objetivos específicos:

- Determinar las necesidades educativas de los miembros de los Equipos Básicos de Salud en torno a la violencia de género.
- Diseñar una guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del mencionado Grupo Básico de Trabajo.

El estudio resulta viable en tanto los directivos de salud en el municipio han dado su consentimiento para el desarrollo de la investigación, se cuenta con los recursos pertinentes para llevarla a cabo y se corresponde con la disposición de los profesionales.

Por otro lado, posee un valor práctico puesto que contribuye a perfeccionar la práctica asistencial de los médicos y enfermeras de los Equipos Básicos de Salud ya que ofrece información respecto a la violencia de género con la que se pretende no solo sensibilizarlos acerca de su responsabilidad con la atención al fenómeno, sino que sean capaces de manejar de manera más óptima los actos de este tipo durante la atención sanitaria.

La novedad del estudio radica en que la guía diseñada brinda información general acerca del fenómeno de la violencia de género, refiere la responsabilidad de los profesionales de la salud con la atención a esta problemática y ofrece recomendaciones para la labor preventiva que pudieren estar desarrollando en las comunidades donde laboran, siendo la primera de su tipo en

## **INTRODUCCIÓN**

---

abordar de esta manera la violencia de género en el municipio y en los Equipos Básicos de Salud de Virginia y Dobarganes.

El informe de investigación cuenta con 3 capítulos. En el primero de ellos se declararon los fundamentos teóricos que orientan la misma. En el segundo se refirieron las concepciones metodológicas asumidas para el desarrollo del estudio, presentándose las categorías metodológicas que lo orientaron y los métodos y técnicas utilizados para la recolección y el análisis de los datos, así como los fundamentos metodológicos para el diseño de la guía psicoeducativa. En el tercer capítulo se presentaron los resultados obtenidos a partir del análisis de la categoría Preparación en violencia de género, que incluye el conocimiento sobre la violencia de género, la experiencia en la identificación de la violencia de género y la atención a situaciones de violencia de género detectadas, guiando el proceso de identificación de necesidades educativas del personal médico de los Equipos Básicos de Salud en torno a esta temática, lo que constituyó la base para el diseño de la guía psicoeducativa.

También se ofrecieron una serie de conclusiones a las que se arribaron luego de los análisis realizados y se propusieron recomendaciones. Además, se presentó la referencia bibliográfica utilizada para la consecución de la investigación.

Por último, se mostraron en los anexos los protocolos de las técnicas empleadas para la recolección de los datos, así como la matriz de datos que permitió realizar el Análisis de Contenido y se incluyó íntegramente la guía psicoeducativa diseñada.

### Capítulo 1. Marco Teórico

En el presente capítulo se abordaron las concepciones teóricas que sirvieron de sustento para el desarrollo de la investigación.

#### 1.1 Panorámica general sobre la violencia de género.

La francesa Simone de Beauvoir (1908-1986) fue una de las autoras que dio las bases para la definición de la categoría “género” al afirmar, en 1949, que “una mujer no nace sino que se hace”. El término género encierra un concepto que comienza a ser utilizado como categoría científica a partir de la década 70 del siglo XX. (Artiles de León, 2003).

El género forma parte de la realidad subjetiva social e individual, y condiciona el comportamiento del hombre, lo cual se expresa en su autoconcepto, sentido de sí mismo, expectativas, deseos, normas, valores, incluyéndose también aquí la definición de posición social, jerarquía, estatus y oportunidades, a partir de la visión de lo femenino o masculino, para influir en cuestiones básicas de la vida cotidiana como las relaciones de pareja, amistosas, familiares, laborales, entre otras. (Casique & Ferreira, 2006).

De esta forma, a partir de la interiorización de los modelos de género, se construye una identidad femenina y masculina que implica valores y roles dicotomizados, que tienden a perpetuar las diferencias existentes entre hombres y mujeres. Estas diferencias, que en los estereotipos sociales presionan de forma distinta al hombre y a la mujer, hacen que ninguno esté libre de influencias negativas, porque ambos son injustamente marcados en diferentes sentidos. (Pérez & Hernández, 2009).

Uno de los géneros se ve histórica y socialmente más privilegiado (género masculino), mientras el otro se concibe desde la subordinación al primero (género femenino). Partiendo de esto se plantea que en la mujer existe una identidad de género subordinada, conformada y avalada por una larga historia de desigualdades sexuales; mientras que el modelo de masculinidad dominante proyecta a los hombres como personas autónomas, fuertes, potentes y proveedores. Todas estas peculiaridades, que no guardan ninguna relación con predisposiciones innatas, se vinculan directamente con el poder que se le ha adjudicado socialmente al varón, y que se estimula desde un inicio en el ámbito familiar. (Pérez & Hernández, 2009).

De esta forma, los hombres, como portadores de ese poder, son impulsados a ejercerlo. En la medida en que esa forma de ser hombre se transforma en natural, se hace invisible el poder de los hombres sobre las mujeres.

Estas características distintivas de cada género, adquiridas durante el devenir histórico social de la humanidad, conllevan a pensar este complejo proceso social en una articulación proporcional en el fenómeno de la violencia, haciéndose evidente un violentamiento desde lo social. Este violentamiento se traduce en el panorama científico como violencia de género. (Pérez & Hernández, 2009).

El término violencia de género es una traducción del inglés *gender violence* y comenzó a usarse de forma más generalizada a partir de los años 90, coincidiendo con el reconocimiento social de la gravedad y extensión de la violencia histórica contra las mujeres. (Machado & Parra, 2011).

Tres importantes acontecimientos impulsaron su difusión, la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos en Viena, en 1993; la Declaración de Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en 1994 y la Conferencia Mundial de Mujeres en Pekín, en 1995. Precisamente es en la Conferencia de Pekín donde las mujeres acuerdan utilizar el término «violencia de género» en los diferentes pueblos y lenguas.

Así se reconoce que la violencia de género no fue nombrada como tal hasta hace muy poco tiempo. Solo se visibilizaba cuando existían agresiones físicas en cuyos casos se asociaban a actos agresivos aislados.

Fue la perspectiva feminista o teoría de género, la que analizó y conceptualizó lo que hasta entonces se consideraban «casos individuales» de agresiones y esta sistematización de lo que hasta entonces se consideraban «casos», permitió hacer visible el carácter universal de esta violencia, con las dimensiones y gravedad que hoy se reconoce. (Amorós, 2005 citado en Machado & Parra, 2011).

Morrison, Ellsberg, and Bott (2005) hacen referencia a la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993, a los efectos de la dicha Declaración, por “violencia contra la mujer” se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Partiendo de esto la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación

por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.

b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Años más tarde, en el 2005, la Organización Mundial de la Salud reconoció la violencia de género como un serio problema psicosocial contra la mujer, que se presenta en la relación de pareja, definida como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico”, enmarcándose en una dinámica relacional abusiva, permanente y estable, caracterizada por la presencia de un patrón de interacción que produce daños.

Existen diferentes formas en las que se manifiestan los malos tratos hacia las mujeres: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional o psicológico y abuso económico.

La violencia física es entendida como toda lesión física o corporal no accidental, ejercida contra la mujer que le provoque daño físico, lesiones o enfermedades. Se incluyen bofetadas, empujones, golpes. (Campbell, Snow-Jones, Dienemann, Kub, Schollenberger, O´Campo et al, 2002 citado en Fernández, 2007).

La violencia sexual, se refiere a todo acto sexual que pretende obtener una relación sexual, comentarios sexuales no deseados o amenazas, usando la coerción, ocurre en cualquier espacio, pero no se limita al trabajo y al hogar. La violencia sexual incluye la violación, definida como agresión física u otro modo de penetración en la vulva o el ano, usando el pene u otras partes del cuerpo u objetos. La violencia sexual puede incluir cualquier otra forma de asalto involucrando órganos sexuales incluyendo el contacto forzado del cuerpo con la boca y el pene, la vulva o el ano. (Bott, Morrison, & Ellsberg, 2005).

Por otra parte, Fernández (2007) define que el abuso emocional o psicológico está vinculado a abusos u omisiones destinadas a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de la mujer por medio de la intimidación, manipulación, amenazas directas o indirectas, humillación, aislamiento, o cualquier otra conducta que implique un perjuicio a la

salud psicológica, la autodeterminación o el desarrollo personal. Son actos que conllevan a la desvalorización o sufrimiento en las mujeres.

Se manifiesta en la exigencia a la obediencia, tratar de convencer a la víctima de que ella es culpable de cualquier problema. Incluye expresiones verbales como insultos, gritos, menosprecio a su vida pasada, a su persona, a la forma en que se viste. Se expresa por omisión, por ejemplo, el victimario puede dejar de hablarle, mantener silencios prolongados, fingir que no escucha o no entiende; puede utilizar como una forma de violentar el lenguaje extraverbal a través de gestos de rechazo, miradas agresivas y mediante la manifestación de los celos.

Otra forma de violencia es el abandono y la negligencia en los cuidados, dados por la falta de protección y cuidados físicos, falta de respuesta a las necesidades afectivas, descuido en la alimentación y atención médica. (Fernández, 2007).

La violencia económica, por otra parte, se refiere al manejo de los recursos materiales como dinero, bienes, para controlar o someter a otra (s) persona (s). (Sánchez & Hernández, 1999).

La violencia de género puede tener lugar en todos los contextos en los que se desenvuelven las mujeres y puede asociarse a cualquiera de las clasificaciones ya expuestas en función del tipo de daño que provoque.

Desde el punto de vista investigativo se ha privilegiado el espacio familiar y especialmente la relación de pareja, dado el carácter privado de los vínculos que tienen lugar; sin embargo, cada vez ganan mayor visibilidad espacios como el centro laboral, de estudio y la comunidad (espacios públicos) dentro del análisis de la misma.

A partir de la cotidianidad de la violencia esta se va volviendo imperceptible y se despersonaliza, careciendo del desprecio que requiere en la conciencia individual y colectiva aunque con certeza se trata de una medida compleja que ante la posibilidad de percibirla se ofrece resistencia y se dificulta pensar en ella. (Artiles, 2000 citado en Guevara, 2012) .

Esta problemática no se manifiesta en un contexto en específico, sino que puede ocurrir simultáneamente en más de uno, incluso abarcarlos todos, incorporándose a la cotidianidad. En función del aumento del número de espacios implicados, se hace mayor el sometimiento al que pudieran estar sujetas las víctimas.

Según el informe sobre violencia de género realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a inicios de 2013 «Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países», entre el 17 % y 53% de las mujeres de

doce países de América Latina y el Caribe han sufrido violencia física o sexual por parte de sus parejas. (Proveyer, 2014).

Además, el estudio documenta que entre 41 % y 82 % de las mujeres que sufrieron abuso por parte de sus parejas experimentaron heridas físicas, desde cortes y moretones a huesos rotos, abortos involuntarios y quemaduras. A pesar de esto, entre 28 % y 64 % no buscaron ayuda ni hablaron con alguien acerca de esta experiencia. (Proveyer, 2014).

Todo ello demuestra que la violencia de género es un fenómeno que reporta graves daños para la salud de la víctima, generalmente del sexo femenino, y que la mayoría de las veces no se denuncia contribuyendo a la perpetuación del fenómeno.

La relación de la salud con la violencia es mucho más que el registro de eventos. La violencia implica en sí misma una amenaza o negación de las condiciones o posibilidad de realización de la vida y la propia supervivencia, que produce un número creciente de lesiones y alteraciones no mortales, que requieren atención generalmente de urgencia, así como rehabilitación física y psíquica. (del Valle, Palú , Plasencia, Orozco , & Álvarez 2008).

La violencia es un factor de riesgo importante para la salud, el bienestar y el ejercicio de los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Particularmente, con relación a la salud, la violencia física, sexual y/o psicológica, en cualquier etapa de la vida de las mujeres, trae como consecuencia un incremento en el riesgo de desarrollo de problemas de salud subsiguientes. A partir de ello es necesario asumir la violencia de género como un problema de salud.

### **1.2 La violencia de género como problema de salud. Situación en Cuba**

La violencia de género produce efectos negativos en la salud mental, e incluye estrés postraumático, ansiedad, fobias, disfunción sexual, depresión, también puede generar pérdida de dignidad, seguridad y confianza en sí misma y en los demás, pérdida de la capacidad para controlar el miedo, experimentación de impotencia y desesperación, baja autoestima, daños en el resto de las formaciones motivacionales complejas, aislamiento, enfermedades psicosomáticas, pérdida de grupos de pertenencia, y, por tanto, de su vida social y hasta familiar, pudiendo perder hasta el vínculo laboral.(Quiñones, Arias, Delgado, & Tejera, 2011) .

Además, es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Genera numerosas consecuencias que van desde desórdenes emocionales, lesiones físicas y dolores crónicos hasta situaciones de muerte como el suicidio y el homicidio. También

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

---

es un factor de riesgo para muchas enfermedades que afectan la salud física y sexual. (Quiñones et al., 2011).

Otras consecuencias se enuncian de manera particular por (Bott et al., 2005):

Consecuencias fatales: Suicidio, muerte relativa al SIDA, mortalidad materna.

Otras consecuencias:

-Físicas:

- a. Fracturas.
- b. Síndromes de dolor crónico.
- c. Fibromialgia.
- d. Deshabilitación permanente.
- e. Desórdenes gastrointestinales.

-Sexuales y reproductivas:

- a. Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- b. Embarazos no deseados.
- c. Complicaciones durante el embarazo.
- d. Fístula ginecológica traumática.
- e. Aborto espontáneo.

-Psicológicas y comportamentales:

- a. Depresión y ansiedad.
- b. Desórdenes de los hábitos del sueño y de la alimentación.
- c. Abuso de drogas y alcohol.
- d. Pobre autoestima.

Por otra parte, limita la posibilidad de la mujer de negociar con su pareja el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos, colocándola así en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso del VIH.

También produce un riesgo mayor de trastornos ginecológico, de aborto en condiciones inseguras, de complicaciones durante el embarazo, de bajo peso al nacer y de inflamación pélvica. (Quiñones et al., 2011).

La violencia sobre la mujer por su pareja fue declarada como un problema prioritario de salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1998. Estos organismos le han reclamado a los estados miembros, la necesidad

de preparar a los profesionales de la salud sobre la detección temprana, el diagnóstico certero y la atención oportuna con calidad. (M. Ruíz, L. López, & Y. Hernández, 2012).

Cuba fue el primer país en firmar, y el segundo en ratificar, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. (Alfonso, 2006 citado en M. López, 2011). Nuestro Gobierno ha realizado ingentes esfuerzos para disminuir la incidencia de este problema a nivel social y se han logrado avances relevantes en lo económico, educacional, político, en lo jurídico, ejemplo de ello, ley 62 del Código Penal y la Legislación Administrativa de Régimen Contravencional, creándose en 1997 el Grupo de Trabajo Nacional para la Atención y Protección contra la Violencia Familiar. (Rubiera, 2010 citado en M. López, 2011).

Sin embargo, en el sector de la salud no se ha implementado un programa nacional que aborde dicha temática y aunque existen acciones formalmente enunciadas en algunos documentos normativos, su aplicación resulta insuficiente. (M. López, 2011).

### **1.3 Los profesionales de la salud ante la violencia de género. El papel de la atención primaria**

Para una mejor comprensión del papel que juegan los profesionales de la Atención Primaria en el abordaje del fenómeno de la violencia de género es necesario realizar un recuento del subsistema de Atención Primaria a la Salud.

En Cuba, la salud pública representa el sistema de medidas socioeconómicas y médico-sanitarias dirigidas a la conservación y mejoramiento de la salud de la población, la prevención de las enfermedades, la disminución de la morbilidad y mortalidad, así como a garantizar a la población condiciones sanas de vida y trabajo, que potencian su desarrollo y la prolongación del promedio de vida de las personas. (Aldereguía, Henríquez, J., 1985 citado en Knapp, 2007.).

La creación de nuestro actual Sistema Nacional de Salud abarcó de 1961 a 1969. En una primera etapa se produjo la descentralización y se crearon las direcciones regionales, una por cada una de las 6 antiguas provincias y 2 en la del Oriente (Norte y Sur), y a nivel de municipios se crearon unidades sanitarias o zonales. Ya en 1964 se crearon las Direcciones Provinciales de Salud. En esa misma fecha emergieron los policlínicos con funciones eminentemente asistenciales; en 1965 con el surgimiento del concepto de "área de salud", los policlínicos se convierten en integrales con la introducción de los programas básicos del área de salud, con un carácter preventivo-curativo, que incluía la atención del ambiente (Knapp, 2007.).

## **CAPÍTULO 1. MARCO TEÓRICO**

---

En este período ocurren una serie de transformaciones orientadas al perfeccionamiento del Sistema Nacional de Salud, de ahí que se creen los Institutos de Salud, dedicados a la investigación, se realiza un intenso trabajo en la formación de médicos y técnicos en la salud, se inauguran Escuelas de Medicina por todo el país, se instauran los Politécnicos de la Salud y finalmente, la producción, importación y distribución de medicamentos, así como, lo que corresponde a los equipos médicos se subordinan al Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Todo ello permitió que se creara un sólido sistema de salud en el país.

En los 90 el sistema pasó a una etapa cualitativamente nueva, con una novedosa y revolucionaria concepción de atención de salud con la introducción y rápida extensión del modelo del Médico de Familia, conocido actualmente como Equipo Básico de Salud, que vive y trabaja dentro de la propia comunidad, lo que crea la posibilidad de conocer y atender con la periodicidad requerida a la totalidad de su población asignada, conocer las situaciones de riesgo de los pacientes y crear en la población un estilo de vida saludable. (Knapp, 2007.).

La atención en salud, entonces, podría conceptualizarse como el sistema de acciones integradas (preventivas, curativas y de rehabilitación) que se realizan sobre las personas para la protección de su salud. (Knapp, 2007.).

De acuerdo con la complejidad de las acciones, sean preventivas, curativas o de rehabilitación estas se organizan en diferentes niveles de atención: Primaria, Secundaria o Terciaria.

La Atención Primaria da solución al 80% aproximadamente de los problemas de salud de la población, con el Grupo Básico de Trabajo (integrado por profesionales de Medicina General Integral, Pediatría, Gineco-obstetricia y Psicología) y también otras especialidades. Si bien a este nivel se realizan todas las acciones de salud, se privilegian la promoción de la salud, la educación para la salud y la prevención de la enfermedad.

Dentro de sus principales características se encuentran que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, de ahí que sea imprescindible que los profesionales que laboran en las diferentes instituciones que componen el mismo estén preparados para ofrecer una atención integral a los pacientes.

Por otro lado, sus acciones deben estar científicamente fundamentadas lo que demuestra que cada especialista debe proyectar sus intervenciones partiendo de un fundamento teórico que lo respalde, pensando siempre en beneficiar a la población.

Otra de las características y que reviste gran importancia es que tiene prioridades muy variadas pues dependen de los problemas de salud que tenga la comunidad, aunque se responde a un grupo de programas nacionales vinculados justamente con las afectaciones más comunes en la población cubana. Al respecto se han desarrollado diversas acciones interventivas orientadas a las enfermedades infectocontagiosas, el control de la mortalidad infantil, enfermedades crónicas no transmisibles, así como, algunas adicciones como el alcoholismo, el tabaquismo y el consumo de drogas, sin embargo, no se tienen registros de intervenciones relacionadas con la violencia de género que resulta una problemática de salud presente en la sociedad cubana actual, que cobra cada vez más víctimas debido precisamente a que es un fenómeno cuya práctica se ha naturalizado y que por ende, demanda urgentemente la atención de los profesionales de la salud de nuestro sistema.

Los profesionales de la Psicología se incluyen en la labor que se realiza en el nivel de Atención Primaria en el país, aunque no únicamente en este, precisamente como psicólogos de la salud, lo que se debe a todo un proceso de inserción de nuestra ciencia al Sistema Nacional de Salud.

El mismo se remonta a los inicios de la Revolución, cuando, como parte de los cambios sociales que trajo aparejados, surge la necesidad de superar el énfasis biologicista que hasta entonces había prevalecido en la atención a la salud y asumir la vertiente psicológica para garantizar una atención integral a los pacientes. Es por ello que los psicólogos que comienzan a trabajar en el sistema durante esta época asumen la necesidad histórica de una nueva aproximación hacia los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad que rebasara los marcos del diagnóstico y el tratamiento psicopatológico.

La inserción de la Psicología en el Sistema Nacional de Salud con el paso de los años ha permitido una mayor amplitud del universo de trabajo con mayor variedad de acciones, que van desde las preventivas-educativas hasta las curativas-rehabilitatorias. Actualmente los psicólogos que se desempeñan en el sistema participan en los diferentes Programas de Salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública, por ejemplo, Programa de Atención a la Mujer, el Programa de Atención al Niño y al Adolescente, entre otros.

Si bien estos Programas de Salud se orientan a brindar una atención particularizada, que incluya las principales problemáticas de salud de la población, no comprenden otros fenómenos como la violencia de género, por lo que los profesionales de la salud no cuentan con conocimientos o estrategias que les permitan enfrentar situaciones de este tipo. Lo anterior, en materia de

bienestar, representa una carencia del Sistema Nacional de Salud, en tanto es una necesidad que los especialistas que laboran en las distintas instituciones de salud puedan identificar y atender a las víctimas de este tipo de casos, de manera especial los miembros de los Equipos Básicos de Salud ya que conviven con la población y son el primer contacto de la misma con el sistema de salud.

En relación a esto Baró, Mariño, and Ávalos (2011) plantean que la violencia de género en Cuba viene ganando espacio como tema de interés social en los últimos 10 años, y es insuficiente su estudio. Su gran importancia radica, entre otras razones, por los daños que ocasiona en la salud mental y física de la población, por lo que llama la atención que los Equipos Básicos de Salud (EBS), no exploren ni registren, la incidencia y prevalencia de este fenómeno.

Ante esta situación es inmensa la labor que pueden desplegar los profesionales de la Psicología, aun cuando no se encuentren laborando en el Sistema Nacional de Salud, no solo para atender directamente a las víctimas de la violencia de género sino para colaborar con la preparación del resto de los profesionales del sistema, en tanto pueden realizar diferentes acciones orientadas fundamentalmente a contribuir a que los mismos posean un mayor conocimiento del tema, garantizando una mejor identificación, atención y manejo del fenómeno.

Todo ello se sustenta en que, de acuerdo a los criterios de Knapp (2007.), sobre la Psicología en la Atención Primaria se puede decir que la intervención psicológica se organiza con la participación activa de las instituciones y miembros de la comunidad con quienes se mantiene una comunicación más amplia, abierta y sistemática. Los servicios de atención psicológica en la Atención Primaria de Salud se organizan acorde a las necesidades de la población y con un alto sentido educativo y de eficiencia. En la Atención Primaria se mantiene el principio de que las prioridades están siempre determinadas por las necesidades de la población. En las actividades de salud con la comunidad el psicólogo debe tener en cuenta no solo lo que sus miembros quieren o priorizan sino lo que él, a partir de sus conocimientos considere necesario y debe mostrar a la comunidad la necesidad de realizar estas acciones, no hacerlo sería negar la posibilidad de aportar y participar en la solución de los problemas de salud de la misma. Además, como miembro del Equipo Básico de Salud, el psicólogo ejecuta por sí mismo las acciones psicológicas y en otras ocasiones, apoya con su enfoque psicológico las acciones a realizar por el resto de los integrantes del equipo. Por último, otra importante prioridad es el trabajo con los factores psicosociales de

riesgo, es decir, en su identificación y modificación en todos sus niveles: individual, microsocioal y macrosocioal.

El profesional del primer nivel constituye entonces un elemento clave en el abordaje de la violencia de género por estar en un lugar estratégico, precisamente por su accesibilidad, por la atención integral que presta, por el conocimiento del paciente y de su contexto familiar, porque con frecuencia cuenta con su confianza y porque, dentro de los valores que incorpora la medicina de familia, está el compromiso ético y el compromiso con la persona y con la sociedad.

Estas razones hacen que el profesional de Atención Primaria desempeñe un papel fundamental en la prevención, en la detección precoz, en el tratamiento y en la orientación de este problema, en el que es imprescindible un abordaje coordinado y complementario con otros profesionales e instituciones si se espera que sea efectiva. (Fernández, 2007).

No obstante, la atención a la violencia contra las mujeres es un capítulo en construcción. Algunas de las razones que avalan tal aseveración se relacionan a continuación (Alfonso, 2006):

1. Persiste una baja percepción de la violencia como problema de salud de las mujeres en los profesionales del sector de la salud.
2. Pobre identificación de las mujeres de las situaciones de violencia psicológica y sexual en su vida cotidiana.
3. Bajo nivel de búsqueda activa de morbilidad por violencia por los profesionales de la salud, como parte del diagnóstico y análisis de la situación de salud.
4. Limitados espacios especializados, en el sector de la salud, para la atención de sobrevivientes de la violencia y de los agresores (en casi todos los territorios los servicios de orientación se encuentran en las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas).

Todo ello, unido a la carencia de conocimientos en los profesionales del Equipo Básico de Salud, por no haber recibido profundización en torno al tema objeto de estudio en su formación de pregrado y post-grado, ha contribuido a que las acciones de los prestadores de servicios de salud hayan sido escasas, puntuales, poco eficientes y a que las acciones que desde el sector se realizan en el enfrentamiento al problema, estén centradas en la atención a las lesiones físicas de las mujeres que acuden a los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud y las que acuden al peritaje de las lesiones en las consultas de sanidad que se llevan a cabo en las instituciones

habilitadas para ello, pertenecientes a la Policía Nacional Revolucionaria (PNR). (Ruiz et al., 2012).

Por otro lado, de Souza and Fleitas (2014), determinan la importancia de que los prestadores de servicio de la Atención Primaria reciban una preparación para aprender a reconocer la violencia verdaderamente como un problema de salud.

Relacionado con ello, en la bibliografía nacional consultada se han identificado muy pocas investigaciones. Al respecto se destacan un estudio efectuado en Santiago de Cuba y otro en Cienfuegos, dirigidos a los profesionales de los sistemas de salud de la Atención Secundaria sobre los conocimientos y habilidades de estos para el manejo de la violencia de género. Específicamente referido al trabajo con el Equipo Básico de Salud no se han localizado estudios, lo que reclama de su conocimiento por constituir este nivel de atención una ancha puerta de entrada a todas las mujeres en algún momento de sus vidas. (Ruiz et al., 2012)

Otras de las razones por las que los profesionales de la salud pública deben atender la violencia de género, radica en que generalmente mantienen un contacto permanente con la mayoría de las mujeres, por lo tanto, se encuentran en una posición única para identificar a las que son víctimas de violencia de género, aunque muchas no revelan las experiencias de violencia que han padecido, a menos que se les pregunte.

En nuestro país deben crearse programas de salud que contribuyan a que los profesionales puedan detectar los casos de violencia de género, para ello, el Sistema Nacional de Salud y dentro de este como colaboradores fundamentales los psicólogos, debe suministrar a su personal los conocimientos y herramientas necesarias para discutir el tema de la violencia de género con los pacientes y proporcionar las respuestas adecuadas en el caso de que una mujer revele algún hecho de este tipo.

Por otro lado, los profesionales que laboran en los Equipos Básicos de Salud se encuentran en una situación propicia para ayudar a las mujeres que sean víctimas de violencia de género a tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen. Generalmente este espacio se convierte en el primer paso hacia la búsqueda de ayuda por parte de las víctimas.

Además, los mismos se encuentran en una posición excepcional con respecto a la posible modificación de las actitudes sociales hacia la violencia contra la mujer, ya que tienen la posibilidad de enmarcar la violencia de género como un problema de salud, en vez de una simple

costumbre social. Sin embargo, sin notarlo, pueden poner a la mujer en situación de riesgo si no están preparados o desconocen el tema.

Profesionales de la salud que violan la confidencialidad, que dan una respuesta insatisfactoria a una revelación de un acto de violencia de género, que culpan a la víctima o que no ofrecen una intervención en crisis, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer, su bienestar y hasta su vida. Por ejemplo, algunos profesionales de la salud pueden causar perjuicios, sin advertirlo, al expresar opiniones negativas acerca de mujeres que han sido golpeadas o violadas, cuando hablan sobre las lesiones de una mujer en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un esposo potencialmente violento que está esperando afuera; al violar la confidencialidad cuando comparte con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la mujer, información acerca de un embarazo, un aborto, infecciones de transmisión sexual, el VIH o el abuso sexual; cuando pasan por alto las señales de advertencia que indican que una mujer puede encontrarse en peligro de suicidio u homicidio. (Guedes, Bott, Güezmes, & Helzner, 2014).

Partiendo de estas ideas se comprende la necesidad que representa para los profesionales de la salud recibir una preparación en cuanto a la violencia de género para poder ser más efectivos en la atención a la misma como un problema de salud, partiendo del trabajo interdisciplinario donde se incluya la perspectiva de los profesionales de la Psicología.

Si se pretende colaborar con la preparación del personal médico de Salud Pública de nuestro país respecto a la violencia de género, es importante tener en cuenta que las evidencias en cuanto a los esfuerzos por tratar dicha problemática desde esta perspectiva son escasas debido precisamente a la carencia de estudios sobre el tema, así como, de reportes de incidentes de violencia de género por parte de las víctimas. De ahí que se debe indagar en las experiencias al respecto a nivel internacional por lo que es pertinente nutrirse de las principales lecciones aprendidas sobre la capacitación del personal de salud para el abordaje de la violencia de género que ofrecen Guedes et al. (2014) al respecto.

En primer lugar, las capacitaciones deben basarse en una perspectiva de derechos humanos y de género. El personal de salud, al igual que otros miembros de la comunidad, puede tener profundas creencias sobre los temas de género y de los derechos de las mujeres. Puede considerar que la “violencia doméstica” es aceptable bajo ciertas circunstancias y puede utilizar “cultura” y “tradición” para justificar ciertos actos de violencia. Una perspectiva de derechos humanos es una manera esencial de cambiar estas actitudes y promover la idea de que todas las personas,

incluyendo a las mujeres, tienen el derecho a vivir sin violencia bajo cualquier circunstancia. (Guedes et al., 2014).

Además, deben realizarse reformas institucionales más amplias a la par de la preparación que se ofrezca al personal médico de salud para lo cual hay que comenzar explorando las creencias, inquietudes y experiencias personales de los participantes en torno a la violencia de género, lográndose identificar si el personal de salud comparte algunas de las concepciones erradas y sesgos que existen en la comunidad en torno a ella y a sus víctimas.

Asimismo, los capacitadores deben tomar en cuenta la posibilidad de que, dada la naturaleza generalizada de la violencia de género, el propio personal puede haber experimentado o perpetrado violencia.

No debe perderse de vista que la preparación ofrecida a los profesionales de la salud debe ser apropiada, específica para el contexto y tener expectativas claras y realistas. También se debe brindar retroalimentación y apoyo emocional a los mismos, lo que puede aumentar el nivel de confort y, en última instancia, su habilidad para abordar la violencia de género. (Guedes et al., 2014).

Cada vez más desde la Psicología se buscan nuevas formas de intervención que permitan ir más allá del acercamiento clínico tradicional y posibilite un trabajo de mayor impacto social y comunitario, cuyo fin no sea atacar el problema cuando ya se requiere cura, sino prevenirlo antes de que se inicie.

Entonces, sería oportuno ofrecer una alternativa para elevar la preparación de los profesionales del sector de la Salud Pública en cuanto a la violencia de género que contribuya a incrementar la calidad del servicio que ofrecen, garantizando el bienestar de las víctimas. Es la Psicoeducación una respuesta posible para esta problemática.

### **1.4 La Psicoeducación. Una propuesta para la atención a la violencia de género**

La primera alusión al término dentro de la literatura médica tuvo lugar en un artículo de John E. Donley “Psychotherapy and re-education” en *The Journal of Abnormal Psychology*, publicado en 1911. Con posterioridad, alrededor de los años treinta, apareció su primer uso en el título de un libro de medicina “The psychoeducational clinic” por Brian E. Tomlinson, que fue publicado en 1941. Sin embargo, su divulgación y desarrollo, de acuerdo con la forma en la que se maneja actualmente el concepto, está vinculada a la labor del investigador norteamericano C.M. Anderson, quien en 1980 trabaja esta línea en el tratamiento de la esquizofrenia. Su trabajo se

dirigió a educar a los familiares de los pacientes que conformaban su muestra respecto a los síntomas y al proceso de la enfermedad que padecían, así como, a la consolidación de la autoridad social y al mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a dicha enfermedad, así como técnicas para el manejo del estrés. (Angulo, 2012).

Si bien estuvo más asociada y tuvo sus inicios en la psiquiatría, el diálogo entre psiquiatras, terapeutas, familiares, psicólogos, trabajadores sociales y otros, ha permitido redimensionar la psicoeducación, ofreciéndole a la misma un enfoque multidisciplinar e integrador.

En este mismo sentido, cuando se habla del término Psicoeducación, alude a dos ámbitos que están relacionados (salud-educación). Se dice que toda práctica desarrollada en el campo de la educación es socio sanitaria, en tanto se refiere a la ocurrencia de un trabajo intelectual mediatizado por las formas de decir singulares de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y los acontecimientos que objetivan y materializan una realidad inapreciable de otro modo. (García,2012).

Al referirse a la psicoeducación Albarrán and Macías (2007) plantean que es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y sumariza información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución, y óptimo abordaje de un problema desde su entorno.

Al respecto se encuentra que la intervención psicoeducativa, según (Cabrera Ruiz, 2012 citado en Montiel, 2012.), integra al menos 2 ámbitos: el psicológico y el pedagógico.

Ámbito psicológico: relacionado con los procesos evolutivos de las personas que van a ser objeto de la intervención, sus características personales, así como los recursos que se emplean, que enfatizan en el autoconocimiento y la autorregulación.

Ámbito pedagógico: tiene por objeto promover acciones planificadas que permitan el desarrollo y aplicación del diseño para la intervención de la forma más individualizada posible.

En este sentido, se asume la Psicoeducación como un proceso interventivo con alcance educativo, que parte del diagnóstico de necesidades que poseen las personas, portadores o no de una alteración psicológica, orientándose hacia la optimización de la regulación de los recursos psicológicos de los mismos, en el que se propicia la activación de las potencialidades reales que poseen estas personas susceptibles a la formación psicoeducativa. (Montiel,Guerra and Pino, 2014 citado en Candelaria, 2015).

Si bien es cierto que la psicoeducación tiene como objetivo la intervención desde un punto de vista teórico y práctico, se ocupa de que las personas que la reciben comprendan la problemática, su curso y pronóstico, enfatizando en aquellas variables que afectan a la misma, dando estrategias para hacer frente desde una perspectiva cognitiva, conductual y emocional. (González, Barbeito and Vega, 2010). En la presente investigación se operó a un nivel informativo por lo que se pretendió generar conocimientos fortaleciendo la comprensión de los profesionales de la salud acerca de la violencia de género.

La psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia, la comunidad y todas las personas que en cierta forma tienen contacto, se informan, concientizan, convencen, se fortalecen y se educan acerca de un problema de salud, transformándose en los principales actores del proceso de salud para superarlo y solucionarlo, así, de esta forma, poder generar condiciones apropiadas para dicha audiencia sin limitarlos. (García, 2011).

Los objetivos de la psicoeducación, de acuerdo a los criterios de Cámara et al. (2008) son:

- Promover el compromiso con el cuidado de la salud.
- Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- Promover el protagonismo en el proceso de salud.

Por consiguiente, la tarea psicoeducativa promueve que el problema sea afrontado, que la situación sea aceptada, y por ende sea asumida, que tanto la persona que lo padece, la familia y la comunidad puedan posicionarse crítica y reflexivamente frente al mismo. (García, 2011).

De acuerdo a los criterios de este autor la Psicoeducación puede estar dirigida tanto en situaciones de salud o de enfermedad a los individuos que padecen la problemática, las familias de las personas afectadas así como hacia la comunidad que tiene contacto y en la cual se encuentra dicha audiencia. (García, 2011).

Partiendo de los criterios expuestos, la presente investigación se orientó a ofrecer una alternativa para enfrentar una problemática de salud, la violencia de género, a través de la psicoeducación. Específicamente se dirige a los miembros de los Equipos Básicos de Salud enclavados en diferentes comunidades en las que se manifiesta dicho fenómeno.

- Puede presentarse en dos dimensiones:

1) Clínica: Trata enfermedades, patologías o problemas como el autismo, deficiencias mentales, altas capacidades (superdotados), depresión, ansiedad, esquizofrenia, déficit de atención, etcétera.

2) Educativa: Atiende aspectos de tipo emocional (autoestima), conductual, educación sanitaria, vivienda, recreación, educación sexual, de integración familiar.(García, 2011).

Según García (2011) las modalidades de intervención pueden ser:

a) Individualizada: se refiere al servicio directo que recibe un alumno por parte de un experto.  
b) Grupal: En esta modalidad es indispensable atender varias personas a la vez por el simple hecho de compartir ciertas características como puede ser la edad, aspecto laboral, el pertenecer a una familia, etcétera, o conllevan ciertos indicadores de la problemática diagnosticada, y es necesario poder educarlos en conjunto para dar una solución más rápida, eficaz, y tal podría ser el caso, con menos costo, para que de esa forma se logre construir un clima de confianza a través del apoyo mutuo para el progreso efectivo de la intervención.

3) Asesoramiento: Es la acción y efecto de orientar, encauzar, ayudar; hace referencia a dar o recibir consejos o dictamen. La noción de asesoramiento está vinculada a la de consultoría, en este sentido, puede decirse que un consultor es un especialista en determinado tema que ofrece consejos y asistencia sobre su área de experiencia.

El asesoramiento que brinda un consultor, por lo tanto, proporciona los conocimientos y actividades necesarias para que el afectado pueda resolver los problemas, llevando adelante las tareas de resolución junto con los allegados a la problemática, asesorando y brindando alternativas necesarias ante las dificultades presentadas. (García, 2011).

Con relación a lo planteado anteriormente se encuentran los criterios de Colom (2011), que plantea que existen fundamentalmente dos modelos de Psicoeducación, uno centrado en la información y el otro en la conducta.

La “psicoeducación informativa” suele ser breve o muy breve; como su nombre lo indica, prioriza la transmisión de información acerca de la enfermedad o problema por encima de otros elementos. Por el contrario, la psicoeducación “conductual” se suele caracterizar por programas largos en los que se priorizan aspectos como el trabajo práctico en la detección e intervención precoces ante un nuevo episodio, manejo de síntomas, regularidad de hábitos, reestructuración de prejuicios acerca de la enfermedad, identificación de desencadenantes. Sus medidas de eficacia suelen ser variables clínicas “duras”: número de episodios, duración, número de hospitalizaciones, lo que permite que el clínico se sienta más seguro de su implementación.

Entonces, se aprecia cómo surge una relación particular durante el acto psicoeducativo entre el especialista que lo guía y el destinatario del mismo, en este caso entre el investigador y los

profesionales de los Equipos Básicos de Salud, en función de que estos últimos adquieran los conocimientos necesarios para enfrentar la problemática de la violencia de género, contribuyendo con la atención integral de las víctimas.

Es por ello que, de acuerdo a los criterios de Builes and Bedoya (2006), lo más propio de la relación psicoeducativa es que si bien a ella cada uno acude con su historia, adoptando un lugar particular y ofreciendo una peculiar narración de sí, ella misma puede fomentar nuevos relatos de sí en todos sus participantes; relatos posibilitadores de nuevos tejidos de sentidos y nuevas historias subjetivas, familiares y profesionales. La labor pedagógica dentro de la relación psicoeducativa llevará a que todos los implicados no sólo aprendan de la problemática en cuestión, sino que logren establecer con ella una relación diferente, de nuevos significados.

Colom (2011) considera que la psicoeducación sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y la autoestigma por la autoestima. Esto resulta fundamental para enfrentar la violencia de género contribuyendo al reconocimiento de la misma como una creciente problemática que se presenta en la mayoría de los escenarios de actuación de los individuos, por lo que requiere de una rápida y eficaz atención que si bien no determine la eliminación de la misma al menos influya en su atenuación y garantice el bienestar de las víctimas.

Existen diferentes propuestas de modalidades para el desarrollo de la Psicoeducación. Entre ellas sobresalen: el modelo de intervención psicológica aplicable a lo largo del tiempo, programas y subprogramas (talleres con familias, pacientes) y protocolos (seguimiento de la medicación, hábitos saludables y atención domiciliaria) a nivel individual, grupal o familiar, pero estas no son las únicas formas de llevarla a cabo. (Proenza, 2015.).

Dentro de la Psicoeducación se incluye la creación y publicación de Guías Psicoeducativas, que “constituyen materiales psicoeducativos, que parten del diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de los usuarios, para orientar y educarlos sobre maneras más eficaces de actuar ante determinadas problemáticas, es decir para llevar a vías de hecho la psicoeducación. (Martín, 2011.).

Así mismo Sánchez (2011), las reconoce como una herramienta que posibilita el suministro de conocimientos, ayuda a argumentar opiniones, contribuye al desarrollo de actitudes y convicciones en los usuarios. Su función orientadora y educativa se dirige fundamentalmente a ayudar a pensar y actuar a los usuarios; su valor práctico radica principalmente en el aporte de

información, recursos y habilidades para la asunción de actitudes positivas respecto a la temática tratada.

El alcance de las guías, a entender de Aldana and Gómez (2007), radica en:

1. Proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones basadas en evidencias actualizadas para el manejo de padecimientos y trastornos.
2. Estar dirigidas a profesionales de la salud y a usuarios del servicio médico con el objetivo de ayudarlos en la toma de decisiones con relación a un problema de salud claramente especificado.
3. Informar y recomendar sobre cómo actuar en una circunstancia clínica determinada.
4. Funcionar como un conjunto de pautas para valorar la práctica de los profesionales de la salud.
5. Formar la base de la educación y el entrenamiento de los profesionales de la salud.
6. Promover en el campo de la salud, la toma de decisiones que tengan el mejor fundamento científico, con lo cual se puede reducir la aparición de acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones meramente especulativas.
7. Auxiliar en la toma de decisiones a favor del paciente.
8. Orientar a los pacientes y a quienes los cuidan en la toma de decisiones e informa acerca de su tratamiento y cuidado.
9. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, pacientes y sus cuidadores.

Algunos elementos importantes a tener en cuenta para la elaboración de las guías psicoeducativas son:

- Aspectos del fenómeno estudiado.
- Incidencia del problema a estudiar.
- Características de la población hacia la que está dirigida.

A partir de los fundamentos teóricos expuestos se determinó que existen carencias en cuanto a investigaciones que aborden la temática de la violencia de género en la región central del país y de manera específica en el municipio de Santa Clara, se manifiesta la poca visibilidad del fenómeno en el sector de la Salud Pública, que limita la atención que se ofrece al mismo. Todo esto determina que sea necesario buscar alternativas que permitan al profesional de la salud atender la problemática de la violencia de género, que se correspondan con su carga asistencial y potencie sus habilidades. Estas ideas orientaron el propósito de la investigación.

### **Capítulo 2. Marco Referencial Metodológico**

En el presente capítulo se presentaron los fundamentos metodológicos que guiaron la investigación, en correspondencia con los presupuestos teóricos asumidos en el capítulo anterior y tomando como base el objetivo de la misma.

#### **2.1 Paradigma de investigación**

En el presente estudio se asumió un paradigma mixto de investigación puesto que los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. (Hernández, Fernández and Baptista,2014).

La triangulación, la expansión o ampliación, la profundización y el incremento de evidencia mediante la utilización de diferentes enfoques metodológicos proporciona mayor seguridad y certeza sobre las conclusiones científicas. Además, al emplear dos métodos con fortalezas y debilidades propias que llegan a los mismos resultados, aumentó la confianza en que éstos son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno considerado.

Se asumió este paradigma debido a que permitió obtener una mayor cantidad de datos acerca del fenómeno estudiado por lo que los análisis realizados abarcaron la perspectiva cuantitativa y cualitativa. Por otra parte, permitió establecer comparaciones entre los profesionales en cuanto al conocimiento de la violencia de género, así como la atención que ofrecen a las víctimas de este tipo de casos, analizando las principales tendencias al respecto. Además, se pudo establecer generalizaciones en cuanto al fenómeno abordado en el contexto estudiado, permitiendo profundizar en la descripción del mismo lo que amplió los resultados obtenidos. Todo ello facilitó la comprensión de la problemática estudiada viabilizando la concreción de las etapas de investigación.

#### **2.2 Alcance del estudio**

El presente estudio tuvo un alcance descriptivo. Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o

las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández, Fernández and Baptista, 2014).

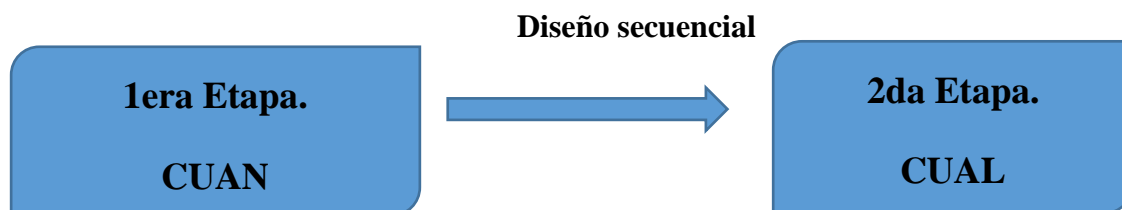
En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos). (Hernández, Fernández and Baptista, 2014).

El alcance del estudio desarrollado fue descriptivo porque permitió comprender la esencia del fenómeno estudiado para lo que se analizó la preparación de los profesionales en torno a la violencia de género así como el manejo que realizan de los casos de este tipo. Esto permitió determinar sus necesidades educativas al respecto y diseñar una guía psicoeducativa.

### 2.3 Diseño de investigación

En el estudio desarrollado se empleó un diseño secuencial. En los diseños secuenciales, los datos recolectados y analizados en una fase del estudio cuantitativa o cualitativa (CUAN o CUAL) se utilizan para informar a la otra fase cualitativa o cuantitativa (CUAL o CUAN). (Onwuegbuzie and Johnson, 2008 citado en Hernández, Fernández and Baptista, 2014).

Partiendo de los objetivos propuestos para la investigación, así como de la complejidad del fenómeno abordado se empleó un diseño de investigación secuencial, ya que se corresponde con la lógica que se mantuvo durante el proceso investigativo, de manera que una etapa tributó a la otra, por lo que los datos recolectados y analizados en la primera etapa de la investigación contribuyeron a la construcción de la segunda.



**Figura 1. Diseño metodológico de la investigación**

La Figura 1 muestra cómo se concibió la lógica de la investigación, en la primera etapa predominó el enfoque cuantitativo (CUAN) y en la segunda el cualitativo (CUAL), los resultados obtenidos en la primera permitieron llevar a cabo la segunda por lo que ambas están estrechamente vinculadas, de esta forma la segunda dependió de la primera.

En la primera etapa existió un predominio cuantitativo porque se pretendió conocer la incidencia del fenómeno que se investigó, a partir del establecimiento de tendencias que permitieron realizar el diagnóstico de necesidades educativas de los profesionales en torno a la violencia de género.

En la segunda, el mayor peso se le confirió al enfoque cualitativo ya que en esta el trabajo se encaminó a diseñar una guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud.

### **2.4 Descripción de las etapas de la investigación**

#### **Etapas 1.**

La Etapa 1 tuvo como objetivo determinar las necesidades educativas de los miembros de los Equipos Básicos de Salud en torno a la violencia de género. Para la recolección de los datos se emplearon un cuestionario y una entrevista semiestructurada, predominando el análisis cuantitativo de los mismos.

Para determinar las necesidades educativas de los profesionales en torno a la violencia de género se consideró oportuno realizar un análisis de la preparación que poseían en el tema. En función de ello se definió como **preparación en violencia de género** el dominio de concepciones teóricas sobre este fenómeno que permiten dar una respuesta a situaciones vinculadas a esta como problema de salud, mediante el establecimiento o aplicación de procedimientos y protocolos diagnósticos y/o terapéuticos.

Se asumieron como indicadores:

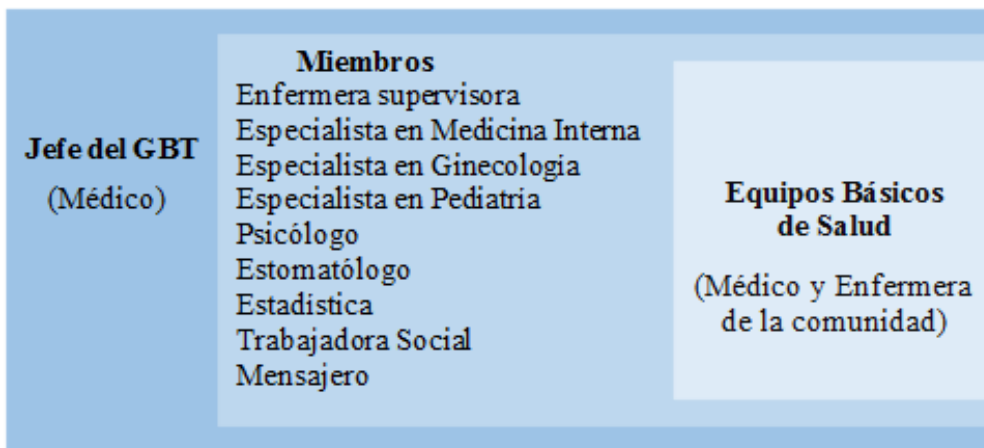
- **Conocimiento sobre la violencia de género:** dominio de una definición de la violencia de género, sus causas y consecuencias a partir de la formación en esta temática.
- **Experiencia en la identificación de violencia de género:** actividades que desarrolla o ha desarrollado el miembro del Equipo Básico de Salud para la detección de situaciones de violencia de género.
- **Atención a situaciones de violencia de género detectadas:** acciones que lleva a cabo el miembro del Equipo Básico de Salud para atender, desde su perfil, los casos de violencia de género identificados.

#### **2.4.1 Descripción del contexto objeto de estudio y de la población**

A partir de la demanda establecida por el Secretariado Provincial de la Federación de Mujeres Cubanas, de abordar la violencia de género con el personal médico en los Consejos Populares

Virginia y Dobarganes en Santa Clara, se seleccionó al policlínico “XX Aniversario” como escenario para el desarrollo de la investigación.

Este policlínico brinda atención médica a una población cercana a los 50 000 habitantes de los Consejos Populares Condado Norte, Condado Sur, Dobarganes y Virginia. Además de las prestaciones especializadas que radican en la institución, la asistencia médica está dividida en tres Grupos Básicos de Trabajo (GBT). Como se muestra en la figura 3, los GBT están conformados por especialistas de diferentes ramas de las ciencias médicas y personal de apoyo. Todos brindan servicios en los consultorios médicos de la familia a los Equipos Básicos de Salud (EBS). Estos están integrados por el médico y la enfermera de la comunidad.



**Figura 2. Estructura de los Grupos Básicos de Trabajo**

Atendiendo a la demanda recibida, la investigación se centró en el Grupo Básico de Trabajo 3 de este policlínico, partiendo de que es el único que cubre la atención médica a los consejos populares Dobarganes y Virginia.

Teniendo en cuenta la naturaleza de la violencia de género como un problema social y de salud, la necesidad de abordarla desde el contexto comunitario y el rol que en este espacio ocupan los Equipos Básicos de Salud como gestores del bienestar de los pobladores; se seleccionaron como población a estudiar los 17 Equipos Básicos de Salud que conforman el GBT 3.

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkoswski, 2008b citado en Hernández, Fernández and Baptista, 2014).

No se conformó una muestra, si no que se trabajó con toda la población, compuesta por 45 profesionales de la salud, que brindaron su consentimiento y facilitaron el acceso a la información necesaria en todo momento.

## CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL METODOLÓGICO

En la tabla 1 se puede apreciar que, en la población conformada por 45 profesionales de la salud, el 55.6% respondió a personal de enfermería y 44.4% de medicina. Predominó el sexo femenino 84.4%. Si bien la media en cuanto a las edades estuvo en 38 años, predominó el rango de 23-29 años 31% aunque el período de 40-49 años representó el 28.8% de la población. En este particular, el 50% de los especialistas en medicina se ubica en el primer rango (23-29 años) y el 44% de enfermería en el de 40-49 años.

En cuanto a la experiencia profesional, la media se ubicó en 15 años. Dentro de los profesionales de la medicina, el 50% tuvo de 1-5 años de experiencia; mientras que en el caso de la enfermería tanto el 54.3% de estos especialistas como el 34.2% de la población en general poseía más de 25 años de experiencia laboral. El 62.2% tuvo como estado civil soltero.

**Tabla 1. Características de la población**

	Medicina		Enfermería		Total
	Cantidad	%	Cantidad	%	(%)
Profesión	20	44.4	25	55.6	
Sexo					
Femenino	15	75	23	92	84.4
Masculino	5	25	2	8	15.6
Edad					
23-29	10	50	4	16	31
30-39	5	25	4	16	20.4
40-49	2	10	11	44	28.8
50-59	3	15	6	24	19.8
Estado Civil					
Soltero	11	55	17	68	62.2
Casado	8	40	5	20	28.9
Divorciado	1	5	3	12	8.9
Experiencia profesional					
Menos de 5 años	10	50	3	12.5	29.6
5-10 años	5	25	2	12.6	18.2
11-15 años	-	-	3	12.5	6.8
16-20 año	1	5	2	8.4	6.9
21-25 años	2	10	-	-	4.3
Más de 25 años	2	10	13	54.3	34.2

**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales.**

### 2.4.2 Instrumentos para la recogida de la información

Para la recogida de la información necesaria en esta etapa de la investigación, se emplearon los siguientes instrumentos:

- 1) Cuestionario sobre la atención a la violencia de género por el personal médico.

**Descripción:** instrumento *ad hoc* diseñado a partir de las consideraciones de Méndez, Valdez-Santiago, Viniegra, Rivera y Salmerón (2003), Torralbas y Cruz (2013). Contó con 15 preguntas en las que se combinaron abiertas y cerradas, empleando para éstas escalas tipo Likert.

Brindó información acerca del conocimiento que tiene el personal de salud de la definición, causas, consecuencias y manifestaciones de la violencia de género, además de la preparación acerca de esta temática. Facilitó la identificación de mitos y estereotipos sobre este tipo de violencia. Abordó las acciones para la detección y manejo de los casos, así como experiencias en este sentido. Permitió identificar barreras para la detección de esta problemática.

**Objetivo:** explorar la atención a la violencia de género que brindan los Equipos Básicos de Salud.

**Material:** protocolo del cuestionario (ver Anexo 1).

**Calificación e interpretación:** se realizó a partir del análisis de frecuencia y del Análisis de Contenido de las preguntas abiertas.

### 2) Entrevista psicológica

**Descripción:** es uno de los instrumentos más utilizados para la recogida de la información por la riqueza de datos que ofrece. Se basa en una interacción intensa entre dos o más personas (entrevistador y entrevistado) que se sustenta en la libertad y flexibilidad para que el entrevistado desarrolle aspectos previamente establecidos por el entrevistador en pos de buscar, ampliar, profundizar la información necesaria. En la presente investigación se realizaron entrevistas semiestructuradas de manera individual a cada miembro de los Equipos Básicos de Salud.

**Objetivo:** profundizar en el conocimiento del personal médico acerca de la violencia de género y la atención que brinda a la problemática en su desempeño profesional.

**Material:** protocolo de la entrevista (ver Anexo 2)

**Calificación e interpretación:** se realizó a través del Análisis de Contenido.

### **Etapas 2**

La segunda etapa se centró en el propio diseño de la guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario, tomando como base los resultados obtenidos en la etapa anterior. Partiendo de las concepciones anteriores se presentan los objetivos de la misma.

Objetivo General:

- Contribuir a la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.

Tomando en cuenta el objetivo planteado, así como los destinatarios de la guía se estableció una secuencia de pasos lógicos que condujeron metodológicamente el proceso de estructuración, diseño y elaboración de la misma.

**1. Estructura de la guía:** se determinó la forma en la que se estructuraría la guía, comenzando por la presentación, el índice y una breve introducción; seguido de un desarrollo de los temas relacionados con la problemática de la violencia de género, el personal médico de salud y su relación con la misma que respondieran a los objetivos específicos planteados, finalmente se ofrecieron una serie de recomendaciones para, desde su perfil, contribuir a la atención a esta problemática.

**2. Elección del diseño:** en el momento del diseño de la guía se eligieron el tipo de letra, los colores y gráficos que la hicieran más atractiva a los usuarios. Es importante señalar que durante todo el proceso se tuvo en cuenta que el producto final de esta investigación es una propuesta, reconociendo la necesidad de trabajar más en este momento de diseño sobre todo en el aspecto de las ilustraciones para la conformación de la guía psicoeducativa final.

Resulta imprescindible destacar que, con la elaboración de la propuesta de guía psicoeducativa el problema de la violencia de género no queda resuelto. En el orden investigativo a este estudio le continúan otros que permitirán evaluar la calidad de la guía ofrecida a través de los criterios de especialistas y de su aplicación directa, o sea, a través del criterio de usuarios.

### **2.5 Procedimiento para el análisis de la información**

Teniendo en cuenta que el fin último de la presente investigación fue diseñar una guía psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Salud 3 del policlínico XX Aniversario, para realizar el análisis cuantitativo de los datos obtenidos se empleó el paquete estadístico SPSS versión 19.0 y para el análisis cualitativo se utilizó el Análisis de Contenido.

En la etapa 1, que estuvo encaminada a determinar de las necesidades educativas de los miembros de los Equipos Básicos de Salud, los análisis se realizaron apoyándose en la estadística descriptiva. Se realizaron análisis de frecuencias, empleándose específicamente la Prueba de Mann-Whitney, prueba no paramétrica para 2 muestras independientes, con el objetivo de

establecer diferencias en cuanto a la preparación en violencia de género que poseen los profesionales.

También se realizaron análisis de frecuencias para establecer generalizaciones en cuanto al conocimiento que poseían dichos profesionales sobre la violencia de género, entiéndase definición de la misma, causas, consecuencias, contextos en los que se manifiesta, posibles víctimas; su experiencia en la identificación de los casos, la atención que ofrecieron a los mismos y sus principales demandas al respecto, lo que permitió identificar las carencias que poseían respecto a la problemática abordada.

Además, se utilizó el Análisis de Contenido, que permitió enriquecer los resultados obtenidos a través de la estadística descriptiva por lo que se ahondó en las cuestiones mencionadas con anterioridad, lo que permitió realizar un análisis cualitativo de los datos recolectados de manera que se fueron infiriendo e identificando dónde radicaban las principales necesidades de los profesionales y cuáles eran sus propuestas al respecto, obteniéndose resultados certeros.

Al mezclar ambos tipos de interpretación y análisis (cuantitativa y cualitativa) de los datos se obtuvieron resultados fidedignos que enriquecieron la investigación y a la vez permitieron mantener la lógica de la misma sirviendo de base para la siguiente etapa.

### **2.6 Consideraciones éticas dentro de la investigación**

En la investigación se trabajó mediante la aplicación de principios éticos como: la obtención del consentimiento informado, se respetó el horario laboral de los profesionales de los Equipos Básicos de Salud, así como sus criterios. Además, se contó con total discreción de la información recogida en las entrevistas y cuestionarios, respetando el anonimato.

### **Capítulo 3. Análisis de los Resultados**

En este capítulo se refirieron los resultados obtenidos en cada fase de la investigación. En un primer momento se presentaron los resultados que emergieron de la exploración de la preparación que poseen los profesionales de los Equipos Básicos de Salud en violencia de género, que facilitó el proceso de determinación de sus necesidades educativas al respecto. Posteriormente se mostraron elementos generales de la guía psicoeducativa diseñada a partir de los resultados obtenidos en la primera etapa de la investigación.

#### **3.1 Resultados de la Etapa 1**

*-Exploración de la preparación en violencia de género de los Equipos Básicos de Salud.*

Para realizar el análisis de los resultados de esta etapa se tomó como base la preparación en violencia de género de los profesionales estudiados, lo que orientó la identificación de sus necesidades educativas al respecto. En función de esto a lo largo del capítulo se examinaron cada uno de los elementos que tributan a la preparación en violencia de género, conocimiento sobre la violencia de género, experiencia en la identificación de violencia de género y atención a situaciones de violencia de género detectadas. Esto se correspondió con los fundamentos metodológicos del presente estudio.

Partiendo de ello se evaluó, como parte del conocimiento sobre la violencia de género, el dominio de dichos profesionales de la definición, causas y consecuencias de la violencia de género a partir de la formación en esta temática para lo que además se tuvo en cuenta la presencia de mitos en sus opiniones, la identificación de manifestaciones, los contextos en los que tiene lugar, la percepción sobre el daño que provoca así como la preparación que han recibido, tanto de pregrado como de posgrado, en esta temática.

*-Conocimiento sobre la violencia de género.*

Al realizar un análisis de los datos recolectados se obtuvo que en cuanto a las definiciones que ofrecieron los encuestados respecto a la violencia de género la mayoría se refirió a las manifestaciones de la misma, físicas y psicológicas, al contexto en el que ocurre, así como al desequilibrio de poder que implica, esto último demostró que en el imaginario social la mujer sigue siendo vista como el sexo más débil y el hombre como el sexo fuerte, el del poder, lo que mitifica la realidad.

Es así que el 14.81% expresó "la violencia de género son los golpes", el 7.40% refirió "es el abuso de palabras verbal y extraverbal". Nuevamente el 7.40% dijo "se expresa en la familia, el barrio,

el trabajo, entre vecinos”, mientras que el 33.33% expuso “es el poder de un sexo sobre el otro”, “cuando el hombre actúa contra la mujer imponiéndose sobre el sexo más débil que es el femenino”, esto es referido en todos los casos por las propias mujeres, lo que evidenció una vez más cómo sus concepciones están permeadas por la desigualdad de género.

Existieron otras opiniones al respecto que consideraron que la violencia de género se puede referir a ambos sexos, de manera que tanto la mujer como el hombre pueden ser victimarios o víctimas, y si bien es cierto que la violencia de género alude específicamente a todo acto violento que se ejerza contra la mujer, de acuerdo a la concepción de la presente investigación y tomando como referente la definición ofrecida por las Naciones Unidas, la violencia que despliega la mujer contra el hombre es un fenómeno que se está manifestando en la actualidad aunque en menor cuantía, es así que los encuestados refieren: “violencia que puede ocurrir ente ambos sexos por cualquier situación”, “violencia que se lleva a cabo tanto por el hombre como por la mujer”, “violencia que se establece entre dos sexos diferentes”, esto demuestra que se están produciendo cambios perceptibles en cuanto a las víctimas y victimarios de los actos violentos pero el personal médico de salud no tiene claridad respecto a los roles que se asumen en la dinámica del acto violento.

Únicamente uno de los encuestados, ofreció una reflexión más elaborada y cercana a la concepción que se asumió en la investigación sobre la problemática abordada, definiendo la violencia de género como: “la violencia es toda acción violenta que se ejerza sobre el ser humano y cuando nos referimos al género se supone que sea al femenino”.

**Tabla 2. Definiciones de los profesionales de la violencia de género**

Categoría	Frecuencia	%
En función de las manifestaciones	Físicas	9 33.3%
	Psicológicas	7 25.9%
En función del contexto en que se manifiesta	2	7.4%
De acuerdo al desequilibrio de poder	9	33.3%

**Fuente: Entrevista aplicada a los profesionales**

Como se aprecia en la Tabla 2, existió una tendencia entre los profesionales de la salud a identificar la violencia de género de acuerdo a las manifestaciones que posee, tanto físicas como psicológicas, predominando con un 33,3% las físicas, precisamente por ser las más perceptibles, constituyendo una de las primeras señales de un ataque violento por lo que generalmente son las más atendidas en los diferentes servicios de salud. En el caso de las psicológicas se encontró un

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

predominio del 25.9%, estas son menos visibles, pero suelen identificarse porque los profesionales las asocian a expresiones emocionales como la depresión, tristeza, ansiedad, agitación, la ira y el miedo; todo esto representa un total de 59.2%, resultando ser estas expresiones las de mayor incidencia en los datos recolectados.

Por otro lado, predominaron con un 33.3 % las opiniones que se refirieron al desequilibrio de poder y ciertamente en el acto de violencia esto se manifiesta, es así que el victimario impone su fuerza a la víctima, bien para establecer un estatus o situación en la relación que se establece entre ambos o para mantenerlo, donde la víctima se siente indefensa, sin recursos y, muchas veces, culpable.

Muy relacionado con ello se encontró que el 71.8% de los encuestados estuvo en desacuerdo con que la violencia de género se refiere al maltrato contra las mujeres y el 65.9% expuso que la violencia de género no es lo mismo que violencia intrafamiliar, esto indicó que existen dificultades en cuanto a la delimitación del fenómeno.

De manera general se apreció que los profesionales no tienen una definición clara respecto a la problemática de la violencia de género, lo que denotó una escasa preparación en el tema. Además, en sus consideraciones al respecto no se delimitó que la violencia de género, en correspondencia con las concepciones que guían la presente investigación, se refiriera específicamente a la violencia que se ejerce sobre la mujer y no sobre el género masculino.

Por otra parte se encontró que el 40% de los profesionales afirmó que cuando una persona maltrata a los otros es porque posee trastornos emocionales que no le permiten contenerse, lo que se correspondió con la creencia popular de que los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) son enfermos mentales, sin embargo el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud concluyó que "la proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común". (Heise y García-Moreno, 2003 citado en Bosch and Ferrer, 2012). Con relación a ello el 42.2% de estos aseveró lo contrario lo que evidenció que existen contradicciones en la comprensión de la problemática en tanto una parte de estos posee una concepción mitificada respecto a la violencia de género y otra acertada, lo que puede entorpecer el servicio asistencial a la población, pero a la vez resulta un elemento positivo para los profesionales que reconocen que el victimario puede tener salud mental.

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

El 73.9% de los encuestados concordó en que el nivel de escolaridad, la clase social, la edad, el área laboral o la solvencia económica que presenta una persona no impide que sea maltratada lo que se correspondió con que la violencia se da en personas de todos los grupos sociales, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación. (Carlshamre, 2005; Keltosova, 2002; Heise and García Moreno, 2003 citado en Bosch & Ferrer, 2012).

Por otro lado, el 67.4% se mostró en desacuerdo con que la violencia de género no es un problema de salud, por lo que se apreció cómo se sienten comprometidos con la problemática, lo que se relaciona con que el 78.6% estuvo en desacuerdo con que la violencia en la pareja es un asunto privado, nadie debe involucrarse, esto demostró que la mayoría del personal médico ha asumido que debe enfrentar este fenómeno porque reporta daños para la salud de la víctima y es una práctica que atenta contra todos los derechos humanos, por ende les corresponde desarrollar acciones para contrarrestarlo en tanto es su responsabilidad garantizar el bienestar de la población en general.

El 82.6% discrepó con que los hombres por su naturaleza son siempre los que maltratan, apreciándose que los profesionales consideraron que no existe una predeterminación natural para la ocurrencia de un acto violento, sino que puede estar asociado a otras causas, lo que se corresponde con la realidad del fenómeno.

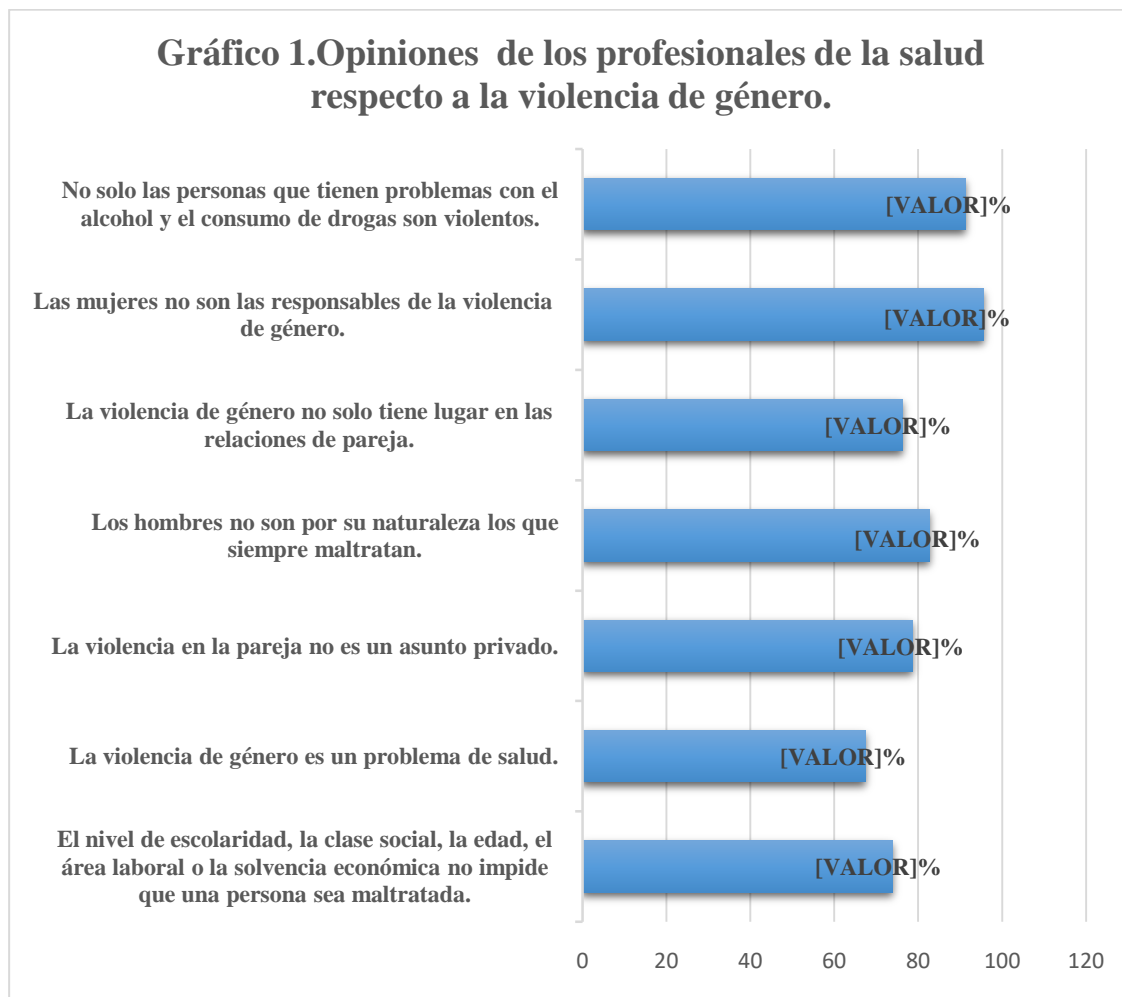
El 76.2% se mostró en desacuerdo con que la violencia de género solo tiene lugar en las relaciones de pareja, lo que se asoció a que los encuestados pueden haber sido víctimas o testigos de un acto violento que se haya producido con personas que compartan relaciones interpersonales diferentes a la relación de pareja, entiéndase entre compañeros de trabajo, de estudios, entre amigos, de ahí que aseguraron que se pueda manifestar en diferentes espacios y no únicamente entre la pareja, lo que es acertado a pesar de que existan mayores evidencias científicas al respecto debido a que muchos estudios han centrado su atención en la expresión de la violencia de género en la pareja y en el ámbito familiar.

El 95.5% de los encuestados estuvo en desacuerdo con que las mujeres son las responsables de la violencia de género contradiciendo el mito de que "si las mujeres padecen violencia de género algo habrán hecho para provocarla", es así que se apreció cómo la concepción de los profesionales acerca de las causas que ocasionan la ocurrencia de actos de este tipo es acertada y a la vez se corresponde con la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994) que colocó la violencia contra las

### CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

mujeres en el marco de los Derechos Humanos, explicitando que las mujeres deben disfrutar de los derechos y libertades fundamentales y a que éstos sean protegidos, y que las diferentes formas de violencia contra las mujeres son violaciones de los derechos humanos. (Heyzer, 2000 citado en Bosch & Ferrer, 2012).

El 91.3% estuvo en desacuerdo con que solo las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol y drogas son violentos, lo que se correspondió con el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud que apuntó que "hay un considerable debate acerca de la naturaleza de la relación entre el consumo de alcohol y la violencia, y si ésta es verdaderamente causal. Muchos investigadores creen que el alcohol opera como un factor coyuntural, que aumenta las probabilidades de que se produzca la violencia al reducir las inhibiciones, nublar el juicio y deteriorar la capacidad del individuo para interpretar indicios" p. 107) (Heise y García-Moreno, 2000citado en Bosch and Ferrer, 2012).



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

Por otro lado, al profundizar en las causas de los casos de violencia de género se encontró que los profesionales consideraron que se debe a las características de personalidad del victimario, con un 18.51% en tanto lo relacionaron a: "la falta de autocontrol", "celos", "conductas violentas aprendidas", "problemas de carácter", de forma que se apreció cómo existe una atribución psicológica a estas, lo que demanda una atención desde esta perspectiva.

Relacionado con ello se encontró que los trastornos emocionales, con un 7.40% así como el ambiente familiar disfuncional representado por el 37.03% y las propias relaciones interpersonales, con un 18.51 % fueron identificadas por los entrevistados como agentes causales de la violencia de género, de ahí que expresaran: "trastornos psiquiátricos" , "trastornos mentales"; "cuando hay un ambiente familiar disfuncional, donde hay que cumplir roles machistas".

Si bien estas concepciones no están desacertadas, las causas expuestas no son las únicas que determinan la ocurrencia de los actos de violencia de género, por lo que se apreció que los profesionales tienen una visión reducida del fenómeno, asociada a factores psicológicos individuales, lo que puede interferir en su práctica asistencial limitando la calidad de la atención que ofrecen a la víctima.

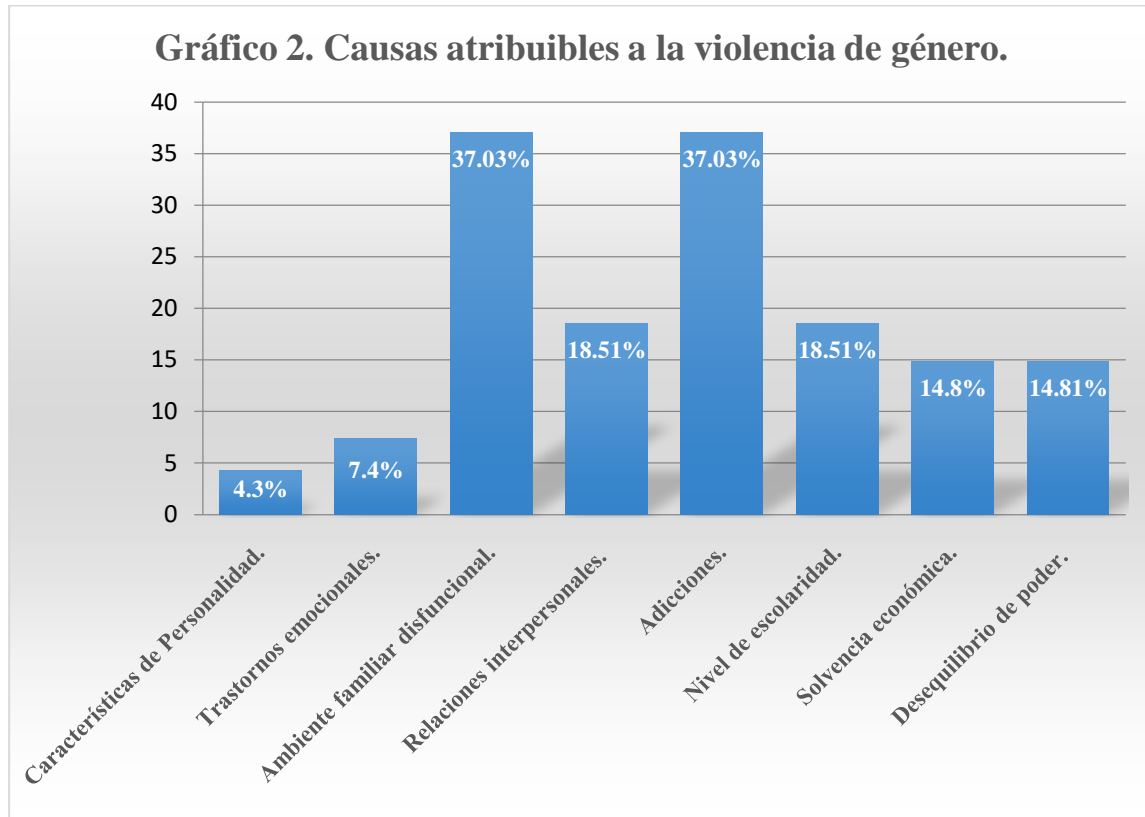
Todo esto demostró que, de acuerdo a las creencias de los profesionales de la salud, la violencia de género es un fenómeno multicausal permeado por el determinante psicológico de la personalidad de todo victimario; sin embargo, no tuvieron en cuenta que la persona que ejerce un acto de violencia contra otra, independientemente del tipo que sea, puede elegir no hacerlo, de ahí que se destaque la intencionalidad que posee el acto violento en sí.

Por otro lado, aludieron a las adicciones con un 37.03% , el nivel de escolaridad y la solvencia económica, representados por un 18.51% y 14.81% respectivamente, como causas atribuibles a las situaciones de violencia de género: "el alcoholismo, la drogadicción", "por el bajo nivel intelectual", "desvinculación laboral", lo que demostró que, si bien reconocieron que no solo las personas que presentan problemas con el alcohol y las drogas son violentos, consideraron que sí constituyen un factor predisponente para desarrollar acciones violentas, lo que es probable pero no generalizable, lo mismo sucedió al referir que poseer un determinado estatus económico y/o intelectual influye en que unas personas sean más violentas que otras.

Esto denotó que el conocimiento que poseen los entrevistados respecto al fenómeno está permeado por lo vivencial y no por concepciones teóricas concretas al respecto.

### CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

El desequilibrio de poder, con un 14.81%, constituyó otra de las posibles causas de la violencia de género que identificó el personal médico, al respecto opinaron: "por aplastar a una persona", "superioridad de una persona sobre otra", esta consideración es certera en tanto en el acto violento el victimario utiliza su fuerza como cualidad superior y que pone en desventaja a la víctima, sometiéndola a su voluntad precisamente por la desigualdad del "poder" que posee cada uno, subordinado uno al otro.

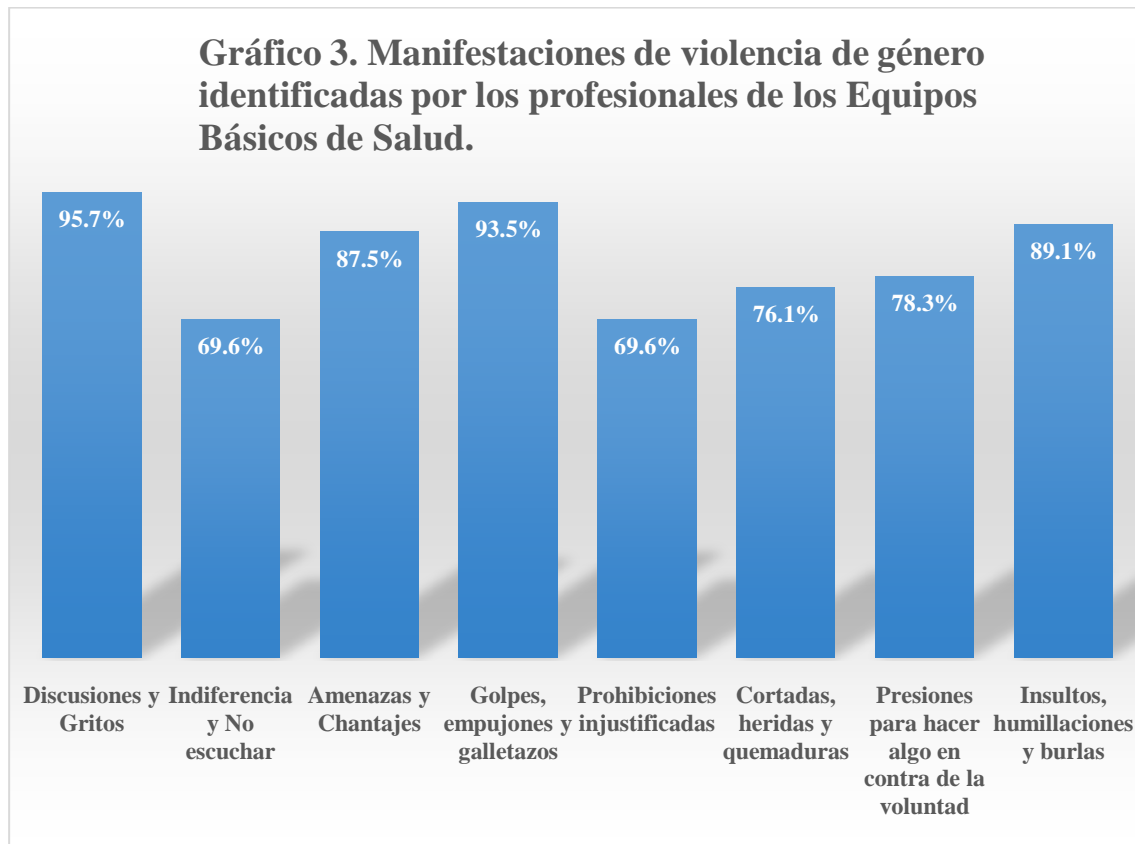


**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

En el gráfico 2 se apreció cómo los profesionales preponderaron el ambiente familiar disfuncional y las adicciones como las principales causas de violencia de género en los contextos estudiados.

Al indagar acerca de las manifestaciones de la violencia de género se encontró que el 95.7% de los encuestados reconoció las discusiones y los gritos, el 69.6 % la indiferencia y no escuchar, el 87.0% las amenazas y el chantaje, el 93.5% los golpes, empujones y galletazos, el 69.6% las prohibiciones injustificadas, el 76.1% las cortadas, heridas y quemaduras, el 78.3 %, las presiones para hacer algo en contra de la voluntad, el 89.1% los insultos, humillaciones y las burlas; sin

embargo el 69.6% y el 58.7% no reconoció que el control y la vigilancia así como controlar el dinero y los bienes personales, respectivamente, lo son. (Gráfico 3).



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

Todo esto denotó que, si bien se reconocieron muchas manifestaciones, existen otras que también se corresponden con actos violentos de gran repercusión psicológica para la víctima que no son distinguidas. Esto puede asociarse a que en la cotidianidad sea muy común, por lo que esta práctica se haya naturalizado perdiéndose la criticidad al respecto, aun cuando viola los derechos humanos, por lo que es muy importante que los profesionales de la salud pública aprendan a identificarlas. En relación con ello se encontró que en las entrevistas realizadas coincidieron en cuanto a las mismas e identificaron otras: "violencia física, con instrumentos" con un 3.70%, "acoso sexual" representado por el 7.40%, "violencia sobre los hijos" con un 3.70%.

De manera general se concluyó que el personal médico reconoció no solo las manifestaciones físicas de la violencia de género sino también algunas de naturaleza psicológica, lo que constituyó un elemento favorable respecto a la concepción del fenómeno y evidenció la necesidad que representa ofrecer una atención integral al paciente, que incluya ambas perspectivas, siendo un orden de prioridad para los profesionales de la salud. Aunque es importante destacar que aún

### CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

persisten carencias en el conocimiento de estas particularidades del fenómeno por parte de los profesionales.

Los encuestados identificaron las áreas en que tuvo lugar una situación de violencia de género sobre algún conocido (víctima) así como de alguien que lo propiciara (victimario), refiriéndose al ámbito personal-familiar, el lugar de trabajo, así como el barrio, sin embargo, prevaleció con un 25% el contexto personal-familiar en el caso de la víctima y el barrio con un 27.3%, en el caso del victimario.

Esto demostró la existencia de casos de violencia de género en las comunidades santaclareñas, específicamente en los repartos de Virginia y Dobarganes, donde las familias se convierten en escenarios de estos actos que muchas veces no son denunciados y por ende tampoco son atendidos, cobrando cada vez mayor cantidad de víctimas.

Al respecto en las entrevistas realizadas se identificaron como contextos en los que se expresa la violencia de género la familia, la escuela, el trabajo, la comunidad y los centros recreativos, aunque existieron criterios acerca de que se puede producir en todos los contextos, por lo que opinaron: "en cualquiera", "intrafamiliar es más frecuente", "en la escuela", "en el centro de trabajo", "en la comunidad", "en los lugares donde uno va a recrearse", "en las fiestas populares".



**Fuente: Entrevista aplicada a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

En el gráfico 4 se apreció cómo se preponderó nuevamente el espacio familiar como el más propenso a que ocurra la violencia de género. Las cifras demostraron la magnitud que ha ido

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

adquiriendo la problemática abordada en tanto se manifiesta en todos los espacios de socialización de los individuos, de ahí que es muy importante la atención a la misma. A la vez evidenciaron cómo se ha ido naturalizando esta práctica, heredándose de generación en generación, al punto de convertirse en parte de la cultura comunitaria.

También se indagó sobre quiénes pueden ser víctima de un acto de violencia de género, las opiniones variaron por lo que se encontró que algunos consideraron que pueden ser todos, con un 11.11% : "a todo el mundo", otros creen que es una cuestión de sexo, representado nuevamente con un 11.11% : "mayormente a las mujeres", otros lo asociaron a las adicciones, al nivel cultural o los trastornos de conducta, con 7.40%, 3,70% y 7.40% respectivamente : "a los alcohólicos" y "a los que se drogan" , "a las personas de bajo nivel cultural", "a personas con problemas de conducta" y por último, otros consideraron que los miembros de la pareja, con un 3.70% e intergeneracional, representado por el 14.81%: "entre parejas principalmente", "entre adultos y viejos", "entre nietos y abuelos", "intergeneracional".

Aquí se encontró nuevamente cómo se aludieron a las adicciones, el nivel cultural y los trastornos de conducta pero esta vez no se identificaron como posibles agentes causales sino como predisponentes para sufrir las consecuencias de la violencia de género por lo que se notó cómo estos elementos, en función de las opiniones del personal médico, se relacionan estrechamente con el fenómeno estudiado; aunque es una realidad mitificada, en tanto no es generalizable, como se ha expuesto con anterioridad en el capítulo, merece especial atención puesto que brindó indicios acerca de los posibles actos de violencia de género que han ocurrido en estas comunidades convirtiéndose en factores de riesgo que deben manejarse por los miembros de los Equipos Básicos de Salud.

Por otro lado, se apreció que los profesionales no poseen claridad en cuanto a la víctima de la violencia de género, que en función de la concepción que guía esta investigación es la mujer, en tanto aludieron a la figura masculina en la posición de víctima.

Además, llamó la atención cómo se identificaron víctimas de diversas edades e incluso generaciones, lo que aseveró una vez más la incidencia de estas situaciones y demostró que la violencia de género es una problemática que rebasa todos los límites generacionales y étnicos por lo que nadie está exento de vivirla, de ahí que resulte imprescindible desarrollar programas en el Sistema Nacional de Salud para manejarla.

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

Con relación a ello el 65.9% de los profesionales consideró que la violencia de género causa mucho daño, de ahí que en las entrevistas realizadas para profundizar en este aspecto se encontró que valoraron el daño que provoca de acuerdo a las consecuencias que produce, por lo que expresaron: “grave” con un 11.11% , “reversible porque se puede contrarrestar”, con un 7.40%,”irreversible porque hay personas que evolucionan hacia la cronicidad”, representado por el 14.81% , “grande, puede llevar a la muerte cuando es física y cuando es psicológica la persona puede atentar contra su propia vida” con un 37.03% . Aquí se encontró que en la mayoría de los casos se consideró que el daño es tan lacerante para la víctima que no se puede contrarrestar , otros compartieron un visión más optimista y expresaron que se puede enfrentar, lo cierto es que ,independientemente del grado de violencia que se haya cometido en contra de la persona, la significación que esta le otorgue al hecho en sí es un elemento fundamental en el proceso de recuperación, en el caso de que la situación no sea tan grave como para provocar la muerte. En relación a ello es innegable la influencia positiva que ejerce sobre la víctima sentirse comprendida y apoyada, por lo que el personal médico debe tener en cuenta este elemento en sus intervenciones. También es importante destacar que reconocieron las consecuencias que produce tanto física como psicológicamente para la víctima, lo que es fundamental para brindar una atención integral a la misma.

Además, se apreció cómo los profesionales aludieron al daño psicológico que provoca la violencia de género, catalogándolo como el peor de todos, de ahí que resulta importante conocer las particularidades que, desde la perspectiva psicológica, entraña el fenómeno para ofrecer una atención más eficaz a las víctimas.

En relación a esto el 68.9% de los encuestados discrepó en que la violencia de género no tiene consecuencias negativas para la salud, de ahí que en las entrevistas realizadas se obtuvo que identificaron las mismas en función de lo físico y lo psicológico, por lo que expresaron: “ trae hasta la muerte”, con un 18.51% , “las consecuencias son físicas, la violencia genera violencia” representado por un 7.40% en conjunto con “depresión”, “rechazo” representado por el 11.11%, “trastornos psicológicos” con un 14.81%, “cohibición” y frustración” con un 7.40%. Aquí se apreció cómo los profesionales consideraron que existe una simbiosis entre las consecuencias físicas y las psicológicas por lo que ambas se esconden detrás de un acto de violencia de género ya sea al unísono o una como consecución de la otra.

**Gráfico 4. Consecuencias de la violencia de género identificadas por los profesionales.**



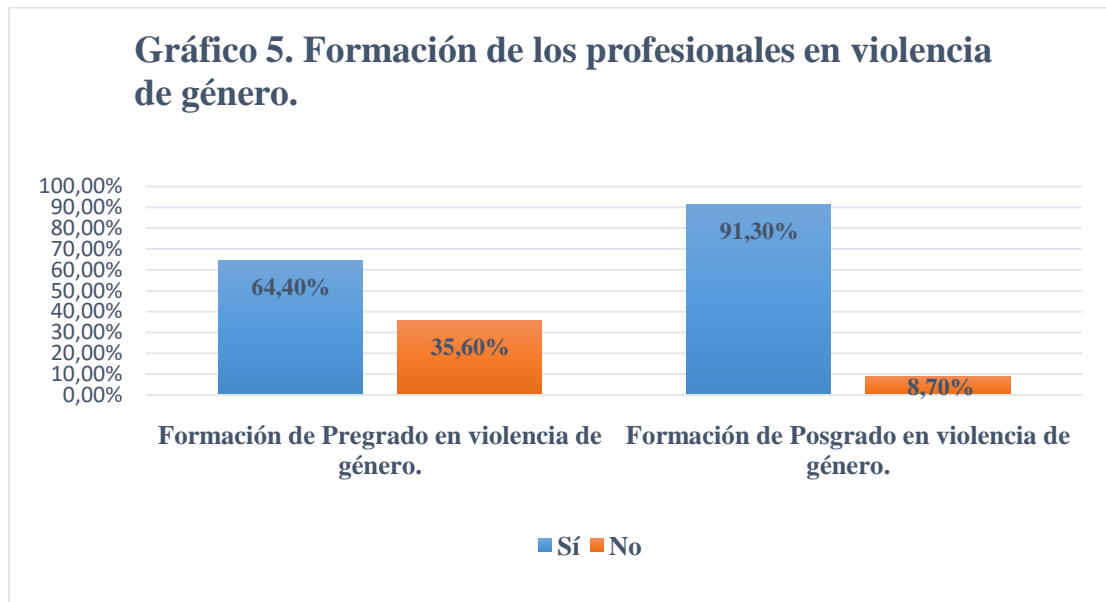
**Fuente: Entrevista semiestructurada realizada a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

También se refirieron a otras posibles consecuencias como: "separación de la familia", con un 11.11%, y representados por el 7.40% aludieron al "divorcio", y al "debilitamiento de las relaciones interpersonales". Esto evidenció que los profesionales consideraron que las implicaciones de la violencia de género se extienden a los distintos espacios de actuación de la víctima.

Además, se aludió a cómo la violencia de género se perpetúa en las relaciones interpersonales en la medida en que un acto violento conduce a otro y así sucesivamente generándose un ciclo interminable que cada vez cobra mayor fuerza y va incluyendo los diferentes tipos de violencia originando consecuencias más fatales, lo que se correspondió con que el 76% de los profesionales estuvo de acuerdo con que la violencia de género afecta la salud física y emocional de quien la recibe.

Al indagar acerca de su preparación en la temática abordada, el 40% de la población valoró que es regular, lo que constituye una limitante para tratar a personas que viven o han vivido en situaciones de violencia de género, en su desempeño cotidiano. En relación a esto se encontró que solo el 64.4% de los profesionales cursó durante su formación asignaturas en las que se incluyeron temas relacionados con la violencia de género y la mayoría aseguró no recordarlo. Así mismo el 91.3% de estos aseveró no haber recibido formación de postgrado sobre este tema, por

lo que se apreció que es una necesidad que sean capacitados en esta problemática que está en ascenso y se reconoce por la OMS como causa de 1.6 millones de muertes. (Ferrer, 2014).



**Fuente: Cuestionario aplicado a los miembros de los Equipos Básicos de Salud**

Al indagar en este tema en las entrevistas desarrolladas se obtuvo que a pesar de no haber sido instruidos en temáticas sobre violencia de género, reconocieron que es necesario para su desempeño profesional, al respecto opinaron: "no he recibido preparación pero es necesaria porque todos los casos no se tratan igual", "lo que sé es porque lo he visto por la televisión, porque lo he escuchado por la radio o porque lo he aprendido con mi mamá que es psicóloga"; además el 53.3% de los profesionales no reconoció instituciones que pudieran ayudar ante situaciones de violencia de género, lo que incrementa la desinformación que posee la población sobre el tema e impide que se pueda realizar una labor preventiva al respecto.

Todo esto evidenció las carencias que existen en cuanto a la preparación y formación del personal médico de salud en violencia de género, de ahí que los mismos lo reconocieran y plantearan que es necesario estar bien informados en el tema debido a que es una problemática que afecta a los pobladores de las comunidades que atienden, que cada vez es mayor y forma parte de las exigencias de su quehacer profesional.

Llegado a este punto el análisis del conocimiento sobre violencia de género es necesario ofrecer conclusiones parciales al respecto, siendo así, a partir de los resultados obtenidos, se obtuvo que los profesionales poseen un pobre conocimiento en torno a dicho fenómeno ya que, al definirlo la mayoría lo identificó de acuerdo a las manifestaciones que posee (físicas y psicológicas), los

contextos donde tiene lugar, así como el desequilibrio de poder, predominando la primera de las mencionadas.

En relación a esto, los profesionales identificaron muchas de las causas que determinan la ocurrencia de los actos de este tipo, sin embargo, en torno a ello se encontraron concepciones mitificadas ya que muchos generalizaban al asegurar que los trastornos emocionales, las adicciones, así como la solvencia económica y el nivel intelectual, cultural y/o escolar originaban la violencia de género. En cuanto a las consecuencias identificadas, existió una prevalencia de las físicas sobre las psicológicas, ya que las primeras son mucho más perceptibles que las segundas. Esto constituyó un elemento en el que se debe profundizar en el proceso de formación y capacitación de los profesionales del sector de la salud en tanto median con esta realidad prácticamente a diario y el reconocimiento de las secuelas psicológicas que acarrea la violencia de género es, en ocasiones, el único indicio con el que cuentan para identificar a una víctima. En este sentido aludieron a los contextos en los que la misma se expresa, destacándose como los de mayor incidencia el personal-familiar y el barrio o la comunidad, espacios en los que deben realizar una labor especial para garantizar el bienestar de las víctimas y en la medida de lo posible evitar la ocurrencia de estas situaciones.

Así mismo, identificaron muchas de las manifestaciones de este fenómeno, tanto de naturaleza física como psicológica, sin embargo, persistieron dificultades en este aspecto por parte de algunos profesionales, ya que no lograron reconocer manifestaciones como las referidas al control que resultan importantes en el proceso de detección de los casos de violencia de género. Referido a esto, consideraron que es muy alto el daño que produce la problemática abordada, muchas veces irreversible y grave y consideraron que su impacto se advierte a través de las consecuencias, de naturaleza tanto física como psicológica.

Por último, al referirse a la preparación que poseen en el tema reconocieron que es muy escasa y que necesitan recibir información al respecto no solo para detectar los posibles casos de violencia de género sino para ofrecer una atención a las víctimas que se corresponda con los principios de nuestro sistema de salud y garantice su bienestar, lo que ha estado limitado ya que sus conocimientos se basan en las escasas experiencias que han tenido en su desempeño profesional y carecen de un fundamento teórico.

### CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

---

-Experiencia en la identificación de violencia de género.

Concluido el análisis de este primer elemento se procedió a la evaluación de la experiencia en la identificación de violencia de género, para lo que se partió de las actividades que desarrolla o ha desarrollado el miembro del Equipo Básico de Salud para la detección de situaciones de violencia de género, ya que constituye un elemento que tributa a la preparación en violencia de género y ofrece datos para la identificación de las necesidades educativas de los profesionales al respecto.

Al indagar en cuanto a quiénes son los responsables de detectar los casos de violencia de género en la comunidad, los encuestados mencionaron la propia comunidad, el CDR, la familia, los Equipos Básicos de Salud: "líderes formales e informales de la comunidad" con un 22.22%, "presidente del CDR" y "jefe de vigilancia del CDR" con un 14.81% y 7,40% respectivamente, "la primera responsabilidad es de la familia" con un 18.51%, "del equipo Básico de Salud" con un 37.03 %. También incluyeron a la PNR, la FMC: " de la PNR" representado por un 11.11% , "de las que tienen que ver con la FMC" con un 3.70% ; la psicóloga del GBT, otros especialistas, del centro de trabajo: "debe darle un seguimiento la psicóloga del GBT" y "especialistas de salud" ambos con un 3.70% , "de los miembros del centro de trabajo de la víctima" con un 7.40% y por último, otros consideraron que es un fenómeno que le compete a todos incluyendo la propia víctima: "la responsabilidad es de todos, no de uno solo", "es responsabilidad de todos, incluso hasta de la víctima" , representado por el 3.70%.

Todo esto implicó que han interiorizado cómo la problemática se ha generalizado y la amplitud de los contextos en los que se manifiesta; ello evidenció que, si bien algunos profesionales no reconocieron su responsabilidad con el mismo, otros han ido asimilando la significación que posee y las consecuencias nefastas que produce para la salud por lo que admiten la necesidad que representa para la población que ellos identifiquen estos casos para poder atender mejor a las víctimas. Para ello, evidentemente, necesitan una capacitación integral que rebase los límites de las Ciencias Médicas e incluyan otras ciencias y especialmente la psicológica, debido a las repercusiones que aparejan las situaciones de este tipo para la psiquis de las víctimas.

Para identificar dichos casos solo el 39.5% de los profesionales aseguró que a veces ha realizado preguntas ante la sospecha, el 26.3% nunca ha utilizado protocolos para la detección y, por otro lado, el 38.6% de estos se ha apoyado en informantes claves de la comunidad para indagar al respecto. (Gráfico 6).

**Gráfico 6. Estrategias para identificar los casos de violencia de género.**



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

Todo esto demostró que los profesionales se han basado en presunciones, erróneas o certeras, para detectar las situaciones de violencia y solo en algunos casos han realizado preguntas sobre el tema, sin embargo para ello necesitan conocer el fenómeno, para ofrecer una atención que reporte beneficios a la víctima y no perjuicios; ya que en algunas ocasiones pueden lacerar la autoestima de esta cuando no ha denunciado dichos actos y siente que está siendo juzgada, por lo que niega estas situaciones y nunca confiesa, perpetuándose su situación. A pesar de ello el hecho de que los profesionales hayan identificado algunos casos resulta un elemento importante que potencia sus habilidades en la detección de las víctimas de violencia de género.

En las entrevistas se encontró que han utilizado otras estrategias para la detección de este tipo de casos que radican en clasificar a las familias que atienden de acuerdo al grado de funcionabilidad de las mismas, visitando periódicamente a las que consideran disfuncionales. También se han entrevistado con los líderes de la comunidad o han aprovechado los espacios de consulta para abordarle el tema a la presunta víctima tratando de que confiese. Refirieron, además, que en varias ocasiones han conocido de la incidencia de estas situaciones por los propios vecinos o familiares de los afectados y entonces han decidido atenderlos; esto representa un riesgo para la confidencialidad que amerita el tratamiento médico de las víctimas, así como para su privacidad, por lo que es imprescindible que los profesionales de la salud conozcan estos elementos para el manejo adecuado de los casos identificados.

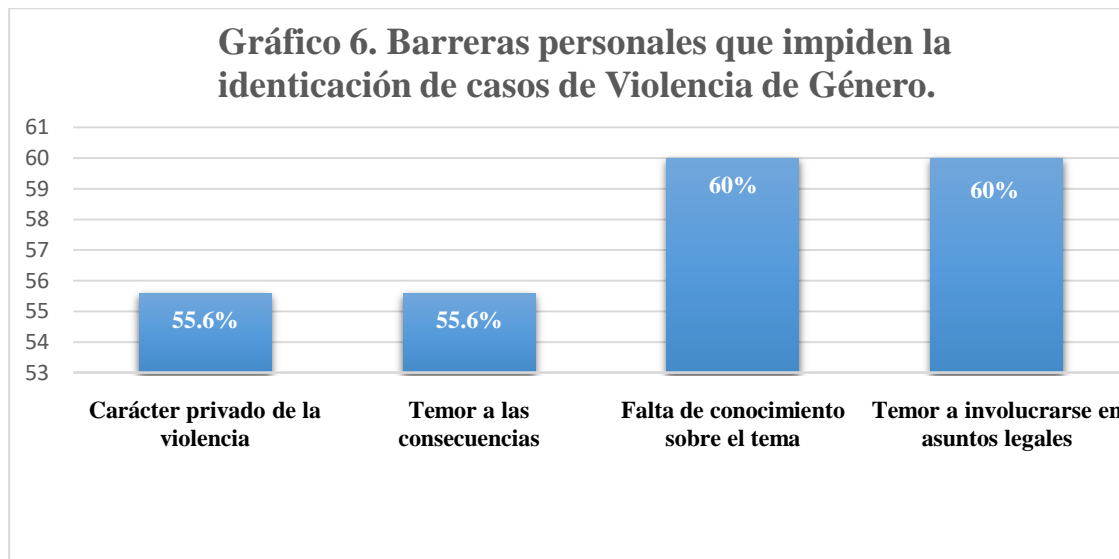
A pesar de que estas estrategias han posibilitado la detección de algunos casos de violencia de género, la mayoría de las víctimas no son identificadas por lo que es necesario que el personal

### CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

médico de salud disponga de otras prácticas que les facilite este proceso y garantice una atención de calidad para la población, lo que además contribuirá a su superación profesional.

En función de las barreras personales que dificultan la identificación de los casos se halló que el 55.6% de los profesionales distinguió el carácter privado de la violencia y su temor a las consecuencias, el 60% de estos reconoció su falta de conocimiento sobre el tema, así como su temor a involucrarse en asuntos legales.

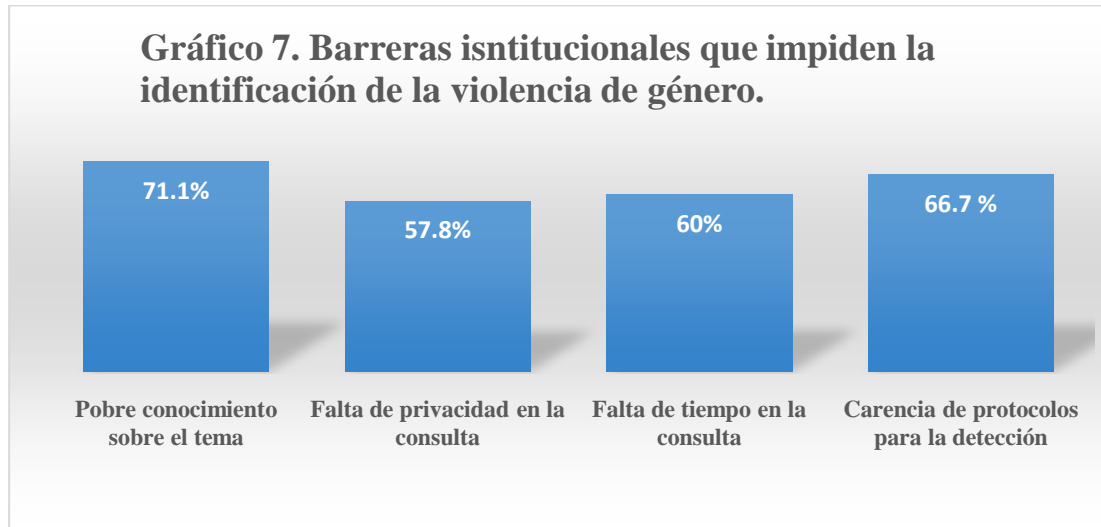
De igual forma no existe un respaldo legal que dicte regulaciones en cuanto a la intercesión del personal médico de salud en los casos de violencia de género cuando estos no son denunciados, por lo que el actuar profesional de los mismos queda limitado. Tampoco se han establecido garantías para los mismos en el caso de que tomen medidas al respecto y lo más preocupante resulta ser que en el Sistema Nacional de Salud no se ha desarrollado un programa que oriente a los especialistas acerca de cómo abordar este fenómeno. Esto limita las posibilidades de realizar una labor de promoción y prevención al respecto por lo que la población permanece desinformada y muchas veces interpreta la intervención de los profesionales como una atribución que no les concierne.



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

En cuanto a las barreras institucionales que impiden la detección de estos casos los encuestados reconocieron con un 71.1% el pobre conocimiento sobre el tema, la falta de privacidad en la consulta con un 57.8 % y con un 60% la falta de tiempo en la misma, así como la carencia de protocolos para la detección de los casos con un 66.7%, lo que evidenció las carencias que existen en el Sistema Nacional de Salud al abordar dicha problemática, de manera que los

profesionales no se sienten capacitados para trabajar con víctimas de violencia de género, porque no conocen las particularidades del fenómeno, no poseen recursos que les permitan detectarla y en el caso de que acuda a consulta una persona que va a denunciar un caso y demanda la atención de los mismos, no existen condiciones para brindar un buen servicio donde se respete la privacidad del sujeto, además, el tiempo de que disponen los profesionales es muy limitado debido precisamente a la carga asistencial que poseen. (Gráfico 7).



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

Todo esto ha influido en que en muchas ocasiones no se puedan realizar diagnósticos completos y las intervenciones desarrolladas estén permeadas por la urgencia temporal limitándose su efectividad y sistematicidad por lo que la víctima resulta ser la más afectada ya que no puede recibir la atención que merece.

De manera general la labor de los profesionales de la salud en torno a la violencia de género está siendo limitada porque no poseen una preparación en el tema, la mayoría de sus conocimientos al respecto tienen un carácter experiencial y carecen de fundamento teórico por lo que algunos no se sienten responsables de la detección de la violencia de género y consideran que les corresponde a otros profesionales, dígase el psicólogo, o el psiquiatra, y a algunas instituciones como la PNR y la FMC.

Todo esto determina que muy pocas veces pueden detectar casos de este tipo ya que las estrategias que han desarrollado para ello son muy poco elaboradas y pueden funcionar o no en tanto se basan fundamentalmente en la indagación ante una sospecha a través de terceros; o sea, que no incluye directamente a la víctima, sino que se apoya en otras fuentes de información como

los líderes formales e informales de la comunidad o la familia de la misma. Solo en algunas ocasiones se aborda el tema con la persona afectada en busca de una denuncia, pero cuando la víctima prefiere callar entonces se perpetúa la ocurrencia de estos actos y el profesional queda sin recursos para enfrentar la problemática.

En función de los resultados obtenidos hasta el momento, para concluir este apartado se determinó que los profesionales poseen una escasa experiencia en la identificación de los casos de violencia de género, aun cuando la mayoría reconoce que forma parte de su responsabilidad. En relación a esto las principales acciones que han realizado para la detección de los casos se han basado fundamentalmente en la indagación a través de terceros, por lo que la privacidad de la víctima y la confidencialidad de los casos no se respetan y la mayoría de las ocasiones no se logra que el acto se denuncie. Todo esto está permeado por la presencia de barreras personales e institucionales relacionadas con la falta de preparación, la carencia de protocolos y/o programas de salud para la detección de los casos de violencia, así como la falta de privacidad en la consulta y la falta de tiempo en la misma. A pesar de que algunos profesionales se sientan comprometidos con el fenómeno y quieran desarrollar acciones para contrarrestarlo estos elementos atentan con la calidad de la atención que pueden ofrecer, afectando el bienestar de las víctimas.

-Atención a situaciones de violencia de género detectadas.

En función de culminar el análisis de los elementos que componen la preparación en violencia de género de los profesionales, se procedió a explorar la atención que ofrecen a las situaciones de violencia de género que han sido identificadas en función de las acciones que han llevado a cabo para atender, desde su perfil, estos casos.

En relación con ello se encontró que el 74.4% de los encuestados no conoce ningún protocolo, programa y/o conjunto de actividades que estén establecidas en salud para atender los casos de violencia de género, por lo que el 39.55% afirmó que nunca ha utilizado algún protocolo en su práctica profesional. En las entrevistas realizadas se obtuvo datos similares, encontrándose nuevamente el desconocimiento sobre programas y/o protocolos establecidos en el Sistema Nacional de Salud para atender estos casos, confirmándose a través de las siguientes expresiones: "no lo conozco", "debe existir, pero no tengo conocimiento de él". Esto demostró la necesidad de incluir la violencia de género como un problema de salud creciente y de máxima prioridad para el país debido a las consecuencias que produce para la salud de las personas. Además, los

profesionales que a diario atienden a la población no han podido identificar cuándo una persona ha sido víctima de estas situaciones por la falta de preparación que poseen en este tema.

Al indagar acerca del curso que ofrecen los profesionales a los casos identificados se obtuvo que el 33.3% siempre los ha derivado a otros especialistas, el 36.6% a veces ha atendido solo las lesiones físicas y el 58.5% ha prescrito medicación. En función de ello se apreció que la atención que han ofrecido es muy básica, se limita al tratamiento clínico de la víctima y a atender las expresiones más visibles de la violencia de género, las físicas; sin embargo, no han profundizado en otras como las psicológicas que generalmente repercuten de forma negativa para la salud del perjudicado, sino que han preferido remitirlo a otros especialistas.

En relación a esto solo el 22.5% ha preguntado sobre el tema, el 55.8% siempre ha conversado con la/el paciente para brindarle apoyo y el 34.1% siempre ha brindado información sobre las instituciones que pudieran prestarle ayuda. Aquí se observó cómo los profesionales han acudido a estrategias comunicativas para ofrecer una atención a los casos que han logrado detectar. Se destacó que muy pocos se han atrevido a abordar el tema con la víctima, lo que ha limitado el manejo que han ofrecido a la situación y la ayuda que le han dado a la misma, ya que debían conocer las particularidades del hecho, entiéndase quién fue el maltratador, cuántas veces ha ocurrido, por qué ha pasado, dónde y desde cuándo se manifiesta esto para poder apoyarla y orientarla sobre cómo debe proceder para evitar que estas situaciones continúen. Además, es importante reforzar la actitud denunciante de la víctima ya que muchas veces se siente insegura y con temor a las consecuencias.

Por otro lado, el 30% nunca ha denunciado a las autoridades pertinentes, lo que representa un error que debe enmendarse en nuestro sistema de salud, en tanto si el acto no se informa se corre el riesgo de que el victimario aumente los actos de violencia al punto de causar la muerte del agredido por lo que cuando se detectan casos de este tipo es necesario involucrar a todas las instituciones que por vía legal están instituidas para manejarlos, dígase por ejemplo todo el Sistema Nacional de Salud, la PNR y la FMC, pensando siempre en el bienestar de la víctima, tratando de preservar su vida.

Por su parte, el 40.5% a veces ha realizado intervención familiar mientras que solo el 35.7% ha realizado un seguimiento a los casos identificados. Es muy importante intervenir en dichas situaciones para conocer todos los elementos que la produjeron y cómo se pueden evitar además de identificar las redes de apoyo familiar que posee el paciente en aras de utilizar la familia como

un móvil para la recuperación y cuidado de la víctima. Para ello es fundamental realizar un seguimiento de los casos ya que permite conocer la efectividad del trabajo que se realiza y en función de ello modificarlo o mantenerlo unido a que, en ocasiones, si no se realiza un acompañamiento de la víctima esta puede abandonar el tratamiento y volverse vulnerable al acto violento. En función de esto se debe reconocer que la labor que desarrollan nuestros profesionales aún puede enriquecerse por lo que los mismos deben recibir una preparación en el tema de la violencia de género.

Además, se encontró que el 36.6% siempre ha brindado información sobre la violencia de género y el 43.6% a veces no ha sabido qué hacer ante ese tipo de casos.

Todos estos datos demostraron la carencia de información que poseen los profesionales de la salud en torno a la problemática abordada determinando que muy pocas veces pueda tratar este tipo de situaciones.

Por otra parte, en las entrevistas realizadas se encontró que el 25.92% ha preferido intervenir directamente cuando ha sospechado de la ocurrencia de un acto violento, es así que expresaron: "intervine directamente", "procedo a través de la comunicación y trato de interceder".

Además, el 29.62 % prefirió delegar su responsabilidad, por lo que expresó: "eso le toca a la policía, a mí me toca decir que ha sido abusada y describir la lesión", "se llama a la PNR en dependencia de la magnitud y las consecuencias", "en función de la víctima se activa al programa que pertenece". Aquí se apreció cómo algunos profesionales no han reconocido que la violencia de género trae consecuencias nefastas para la salud de la víctima y por ende representa un problema de salud en el que pueden y deben ofrecer una atención que sobrepase la mera descripción del maltrato físico e incluya un tratamiento integral de la misma. Por otro lado, se evidenció que no le han otorgado importancia al hecho, en tanto no haya producido consecuencias graves sin saber que la mayoría de las veces el daño no es visible porque se manifiesta a un nivel psicológico, lo que determina que algunos casos no sean atendidos debidamente y desencadenen en la muerte de la víctima.

También se refirieron a que de acuerdo al programa al que pertenezcan las víctimas se les ofrece la atención recomendada, pero en el Sistema Nacional de Salud no existe un programa específico para el manejo de la violencia de género, sino que incluyen a los niños y adolescentes, a la mujer, al adulto mayor, a las personas alcohólicas y drogadictas, así como a los pacientes con alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS) o el VIH-SIDA. Esto demostró que si bien se ha

reconocido el incremento de esta problemática no se han implementado acciones concretas para su atención.

Por otra parte, el 11.11% de los profesionales no ha intervenido en este tipo de situaciones y al respecto opinaron: "la mayoría de las veces uno no hace nada porque al otro día están normales, dentro de sus casas cada cual hace lo que quiere y no hay un marco legal que nos diga qué hacer, que nos respalde", "yo a veces no me meto mucho en lo íntimo". Aquí se manifestaron elementos claves del fenómeno abordado, uno de ellos está relacionado con la identificación de la víctima con el victimario que influye en la perpetuación del hecho y es apreciado por el resto de las personas como "masoquismo" en tanto el agredido se mantiene en esa situación porque quiere y le gusta, por lo que consideran que es algo irremediable en lo que no deben inmiscuirse en el asunto. De esta forma se evidenció cómo las concepciones de los profesionales están mitificadas en tanto coinciden con el "mito del masoquismo", al que se alude como "si las mujeres que padecen violencia de género no abandonan esta relación por algo será, quizá les gusta". (Bosch & Ferrer, 2012).

En relación a esto es importante que se realice una labor de promoción sobre el tema para que todos conozcan la realidad del mismo y sean capaces de identificar si están siendo violentados o violentos en sus relaciones, este tipo de actividades contribuirá a que el personal médico de salud conozca cuál es el propósito de su intervención en estos casos y pueda ofrecer una atención de calidad a los pacientes.

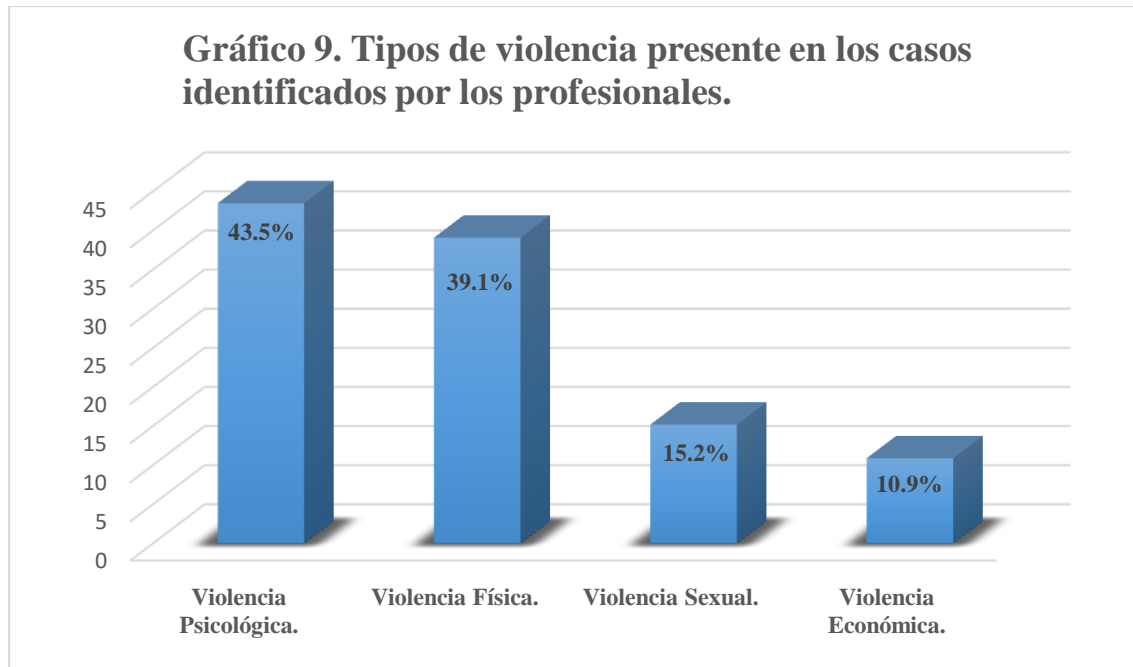
También se encontró que algunos profesionales solo atendieron los casos cuando la víctima pidió ayuda a pesar de saber de la ocurrencia de los mismos, de ahí que refirieron: "Bueno, si las víctimas piden ayuda yo se las doy", "bueno, siempre hay parejas que se maltratan pero si ella no te lo dice no puedes abordarle el tema", aquí se apreció cómo la mayoría de las víctimas no recibe ayuda si no denuncia el acto y cómo, algunos profesionales a pesar de tener sospechas no intervienen, contribuyendo a que estos actos continúen ocurriendo desapercibidamente. Además, se constató que generalmente estas situaciones ocurren dentro de la pareja, donde la víctima resulta ser la fémina.

**Tabla 3. Curso que ofrecen los profesionales a los casos identificados.**

Acciones que realizan.	%
Deriva a otros especialistas.	33.30%
Atiende solo las lesiones físicas	36.60%
Prescribe medicación.	58.50%
Pregunta sobre el tema.	22.50%
Apoya a la víctima.	55.80%
Informa sobre instituciones que ofrecen ayuda ante estas situaciones.	34.10%
Nunca denuncia los casos a las autoridades.	30%
Realiza intervención familiar.	40.50%
Ofrece seguimiento a los casos identificados.	35.70%
Informa sobre la violencia de género.	36.60%
No sabe qué hacer ante este tipo de situaciones.	43.60%
Interviene directamente.	25.92%
Delega su responsabilidad.	29.62%
No interviene.	11.11%

**Fuente: Cuestionario y entrevista realizados a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

En función de ello, se encontró que solo 7 de los encuestados no ha identificado en su quehacer profesional ningún caso de este tipo, mientras que 38 sí lo han hecho, de ahí que el 62.8% declaró haber detectado en su práctica asistencial situaciones de violencia de género, oscilando entre 1-15 casos en el último año, siendo 2 la mayor frecuencia de éstos representado por el 29.4%, esto demostró que la violencia de género sí se manifiesta en el contexto estudiado y por ende merece ser atendida como un problema de salud más. En los casos que fueron identificados por estos profesionales la víctima fue del género femenino, con un 57.1% de incidencia, cuyas edades oscilaron entre 15 y 60 años con una prevalencia de 25 años, (16.7%), en los mismos se destacó la presencia de diferentes tipos de violencia, predominando la psicológica, que acumuló un 43.5%, además, se identificaron la violencia física con un 39.1%, la sexual con un 15.2% y, por último, la económica con un 10.9%.



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

En función de los resultados referidos a lo largo de este último punto se concluyó que la atención que han ofrecido los profesionales de los Equipos Básicos de Salud estudiados a la violencia de género ha estado limitada por su desconocimiento de protocolos y/o programas definidos por el Sistema Nacional de Salud para atender este tipo de situaciones y por ende no han podido utilizarlo en su práctica profesional. Es por ello que han desarrollado algunas estrategias para identificarlos, las mismas se han basado en la indagación a través de terceros comprometiendo la privacidad de las víctimas. Estos procedimientos no son suficientes ya que muchos casos han pasado desapercibidos y no han sido atendidos en las consultas contribuyendo a la perpetuación del fenómeno, lo que está asociado a la carencia de la preparación en violencia de género del personal médico de salud.

En relación a ello se encontró que algunos profesionales conocen de instituciones que brindan apoyo en casos de violencia de género, pero la mayoría las desconoce. Por ello es importante que los mismos sean informados de la existencia de estas y de cuáles son los servicios que prestan para que puedan realizar una labor de promoción en cada comunidad donde laboran, orientando a la población que allí conviven, facilitando además un trabajo multidisciplinario que contribuya a prevenir esta creciente problemática.

Por otro lado, se encontró que la mayoría de los profesionales han desplegado una serie de acciones para atender las situaciones de violencia de género que han sido detectadas, ya sea

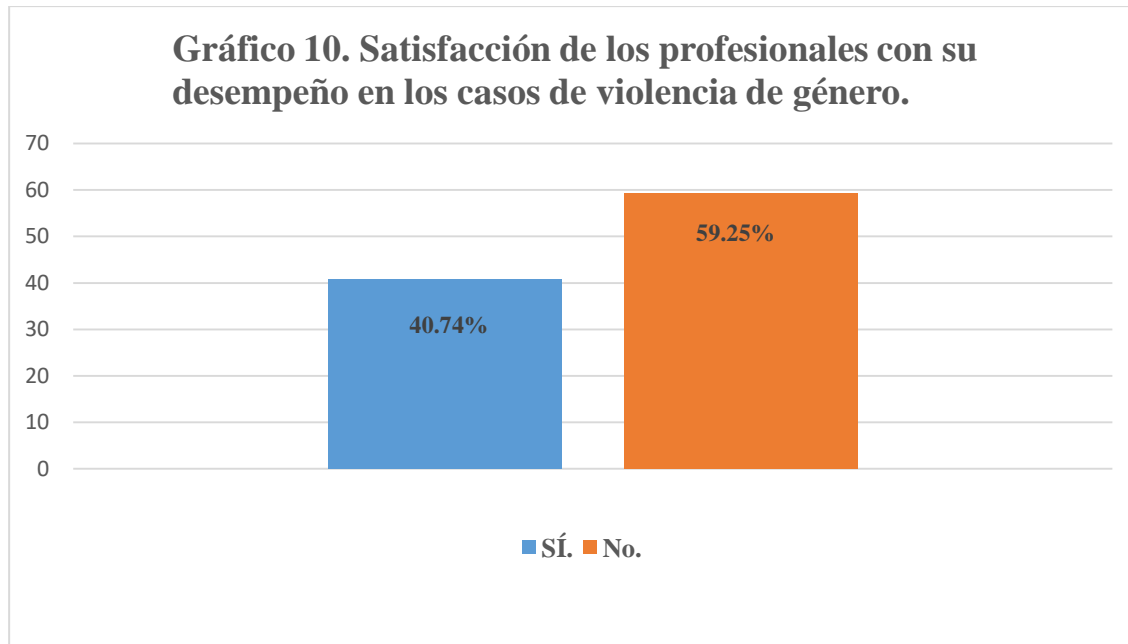
ofreciendo apoyo a las víctimas, brindándoles información acerca de lugares donde pueden recibir ayuda, atendiendo las lesiones físicas que provocan o realizando intervención familiar.

A pesar de esto muchos han preferido delegar sus responsabilidades en otros especialistas como los psicólogos y psiquiatras sin comprender la necesidad que representa ofrecer una atención integral al paciente, lo que demanda un trabajo multidisciplinario. Otros expresaron que la atención de estas situaciones le corresponde a instancias como la FMC y la PNR pues consideraron que su trabajo solo consiste en atender las consecuencias físicas del fenómeno. Algunos no han intervenido por temor a las consecuencias, porque no se sienten preparados para ello o porque no sabían cómo actuar, lo que demuestra nuevamente la necesidad que representa para estos recibir una capacitación en el tema.

Partiendo de todo ello se concluyó que la labor que los profesionales han desarrollado en torno a los casos de violencia de género puede enriquecerse si se les ofrece una preparación en el tema que les permita desarrollar habilidades para la detección y el manejo de los casos de violencia de género contribuyendo no solo a su superación profesional sino a preservar la salud de las víctimas y de la población en general.

Una vez concluido el análisis de cada uno de los elementos que componen la categoría preparación en violencia de género, como se ha expuesto desde el inicio del presente capítulo, se procedió a indagar en otros aspectos que enriquecieron la comprensión de la misma. Específicamente se refiere a la satisfacción de los miembros de los Equipos Básicos de Salud con su desempeño en torno a la problemática de la violencia de género, sus sentimientos, preocupaciones y deseos en relación a la misma, así como sus demandas al respecto.

Tomando como referente lo antes planteado, al indagar sobre la satisfacción que han experimentado los profesionales respecto al manejo que han ofrecido a las situaciones de violencia de género se obtuvo que el 40.74%, sí está conforme con su labor al respecto, sin embargo el 59.25% no lo está; sobre ello opinaron: "a veces no encuentro las palabras precisas para abordarlo", "no es mi fuente y sé que tengo que fortalecerlo", "no estoy conforme, porque sigue ocurriendo", "no estoy satisfecha porque continúa pasando y todo lo que podemos prevenir frente a la violencia es bueno", "estaría satisfecha si pudiera evitarlo". (Gráfico 10).



**Fuente: Cuestionario aplicado a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud.**

Todo ello evidenció que más de la mitad de la población estudiada se siente comprometida con la atención que puede ofrecer a la violencia de género, pero carece de conocimientos y preparación sobre el tema y además reconocieron que es un problema muy importante al que hay que enfrentar y para el que necesitan ser capacitados.

Por otro lado, respecto a lo que sienten los encuestados cuando piensan en el tema de la violencia de género prevalecieron las emociones de valencia negativa con un 73.9%, ya que refirieron: "decepción", "abatimiento", "pena", "lástima", "tristeza", un 11.11% aludió a su falta de preparación, exponiendo: "que no estoy tan instruida ni preparada en este tema", "que debo seguir profundizando sobre el tema", "que me falta conocimiento sobre el mismo" y un 13.3% expuso que quisiera poder ayudar, expresando: "impotencia de no poder ayudar", "siento que hay que ayudarlas", "necesidad de ayudar a las víctimas", "que debo ayudar a los necesitados".

Esto demostró que el personal médico reconoció la importancia de ofrecer una atención a la violencia de género como problema de salud; sin embargo, no se siente capacitado para ello en tanto no conoce el fenómeno ni posee habilidades para enfrentarlo, lamentando no poder ayudar más a las víctimas.

Lo que más les preocupó sobre esto fueron las consecuencias con un 75.6%, al respecto expresaron: "las consecuencias", "las afectaciones físicas y psicológicas", "el destino del problema hacia la persona", con un 17.8%, su falta de preparación comentando: "que pudiera hacer más

### **CAPÍTULO 3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

---

para ayudar a las personas”, “no tener palabras y acciones que hacer en cada situación”, “cómo ayudar más y mejor a quienes la sufren”, “falta de preparación del personal para tratar el tema”; también les inquietó con un 6.7% ser víctima de un ataque de violencia de género, al respecto opinaron: “tener problemas relacionados con esto”, “que mi familia fuera víctima o yo”.

En relación a esto se observó cómo existe un factor muy importante en cuanto a la atención que pudieren ofrecerles a las víctimas de actos de violencia de género y es la falta de preparación, de conocimientos acerca de este tema; esto ha imposibilitado que pudieran brindar un mejor servicio de asistencia a la población sobre todo porque reconocieron la magnitud de las consecuencias de los mismos lo que les ha generado miedo y preocupación de poder sufrir algún día en manos de un victimario.

Esto demostró cómo la violencia de género se ha convertido en un problema que puede afectar a todas las personas y que ha alcanzado elevados índices de incidencia demandando de una atención especializada para la que el personal médico de la salud de los Equipos Básicos de Salud de los repartos de Virginia y Dobarganes no está preparado, reconociendo sus carencias y la necesidad de ser instruidos al respecto.

Además, el 46.7% desearía eliminarla, comentando: “erradicarla”, “que terminara”, “que no existiera” y el 26.7% coincidió en que quisiera tener una mejor preparación, refiriendo: “que se brindaran cursos, bibliografía para prepararnos”, “mejor preparación del personal médico para poder brindar mejor atención”, “preparación y protocolos”, “conocer más del tema”, y, por otro lado, comentaron que querrían poder ofrecer ayuda: “poder brindar mi ayuda”, “tener un método adecuado para ayudar”, “cooperar y ayudar a la persona involucrada”.

Aquí se demostró cómo los profesionales a pesar de su disposición para ayudar a las víctimas no cuentan con los recursos ni los conocimientos necesarios para hacerlo. Es por ello que han demandado la existencia de protocolos, cursos de formación y bibliografía respecto a la violencia de género con el fin de prepararse mejor para enfrentar y erradicar esta problemática en la medida de lo posible; pensando siempre en garantizar el bienestar de las víctimas y de la población en general debido a la ocurrencia de estas situaciones en los diversos espacios de socialización de los sujetos, cobrando mayor auge en la pareja.

En función de esto, al indagar acerca de qué temáticas desearían conocer para su formación en cuanto a la violencia de género, expresaron: “incluir su definición”, “factores de riesgo” y “que nos ofrezcan mecanismos para abordar a una víctima cuando se conoce qué es lo que pasa pero la

persona no lo ha declarado” representados por el 3.70% , “incluir el tratamiento que hay que darles” representado por el 25.92 % , hablar del diagnóstico y manejo de los pacientes”, “causas” y “hablar acerca de la personalidad y elementos relacionados con ella” con un 11.11% , “a dónde acudir” con un 14.81% , “hacer un programa para abordar este tema” y “tipos de violencia” , “saber a dónde dirigirse cuando tenemos algún caso” y “consecuencias” representado por un 7.40 % de la población.

Esto demostró que los encuestados poseen muchas carencias cognitivas en torno a la violencia de género por lo que necesitan recibir todo tipo de información acerca de la misma, desde su definición, causas, consecuencias y los tipos de violencia de género hasta algunos temas que giran en torno a particularidades psicológicas que facilitan la interacción con las víctimas como los valores, la autoestima, el autoconocimiento y la personalidad y que se relacionan con ello (Anexo 3). Además, necesitan que se les ofrezcan estrategias para poder identificar los casos de este tipo y atenderlos con eficiencia, sobre todo cuando no han sido denunciados por la víctima y deben abordarle el tema.

De forma general, se destacó que los profesionales no están satisfechos con el manejo que han realizado de los casos de violencia de género, reconociendo el tema como una urgencia dentro del sistema de salud. En relación a ello se encontró que muchos lamentaron su falta de preparación en esta temática, que limita la atención que puedan ofrecer, así como las consecuencias que produce para las víctimas por lo que quisieran recibir una capacitación al respecto para poder ayudarlas, favoreciendo así la disminución de la misma. Además, se evidenció cómo reconocen que esta problemática demanda un abordaje integral que incluya tanto la perspectiva clínica como la psicológica debido a las repercusiones que acarrea para las víctimas.

Resulta importante destacar que en los resultados obtenidos a lo largo de todo el análisis realizado no se encontraron diferencias en las concepciones de los profesionales de los Equipos Básicos de Salud, entiéndase entre Lic. Ciencias Médicas y Lic. Enfermería, sino que comparten criterios y códigos en cuanto a cada uno de los elementos analizados.

No obstante se aplicó la Prueba de Mann-Whitney, prueba no paramétrica para 2 muestras independientes, para detectar las posibles diferencias que pudieren existir en cuanto a la preparación en violencia de género entre los profesionales encuestados así como entre ambos sexos para lo que se delimitaron cuatro grupos diferentes; en un primer momento se analizaron dos grupos, el primero de ello compuesto por los Lic. Ciencias Médicas y el segundo por las Lic.

Enfermería, en un segundo momento los grupos quedaron formados por el sexo femenino, el primero de ellos y el masculino, el segundo. El análisis estadístico realizado a través de dicha prueba no arrojó diferencias significativas en ninguna de las ocasiones por lo que se corroboró que existen semejanzas en el conocimiento que poseen los profesionales estudiados respecto a la violencia de género, así como en la experiencia en la identificación de la misma y la atención que han ofrecido a las situaciones de este tipo que han sido identificadas; por lo que se concluyó que existe una uniformidad en cuanto a la preparación que, en cuanto a la violencia de género, poseen los miembros de los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.

*-Determinación de las necesidades educativas de los miembros de los Equipos Básicos de Salud en torno a la violencia de género.*

Los resultados obtenidos del análisis del conocimiento sobre violencia de género que poseen los miembros de los Equipos Básicos de Salud, su experiencia en la identificación de los casos de este tipo, la atención que ofrecen a las situaciones de violencia de género que son identificadas, su satisfacción con el desempeño profesional que han desplegado frente a esta creciente problemática que se evidencia en la realidad de las comunidades de Virginia y Dobarganes; así como sus demandas en torno a los elementos fundamentales que se deben considerar para capacitarlos en el tema, permitieron realizar un profundo estudio acerca de la preparación que poseen los mismos respecto a la violencia de género. Todo ello facilitó el proceso de determinación de las necesidades educativas de los profesionales en torno a la violencia de género.

En este sentido se plantearon de la siguiente forma:

- ✓ Necesidad de profundizar en la definición del fenómeno violencia de género.
- ✓ Necesidad de conocer la naturaleza de la relación violenta.
- ✓ Necesidad de ahondar en los espacios y las formas de manifestación de la violencia de género.
- ✓ Necesidad de reconocer la manifestación del ciclo de la violencia de género, particularmente en la pareja.
- ✓ Necesidad de reconocer que la violencia de género es un problema que demanda la atención médica.

- ✓ Necesidad de profundizar en el reconocimiento de las manifestaciones que posee la violencia de género.
- ✓ Necesidad de conocer los mitos que existen alrededor del fenómeno de la violencia de género.
- ✓ Necesidad de reconocer las prácticas inadecuadas que asumen en la atención a los casos de violencia de género.
- ✓ Necesidad de reconocer los indicadores que alertan sobre la presencia de violencia de género durante la atención sanitaria.
- ✓ Necesidad de conocer cómo proceder durante el encuentro con una probable víctima y cuando se detecta un caso.
- ✓ Necesidad de comprender la importancia que reviste mantener la privacidad y confidencialidad de los casos identificados.

### **3.2 Resultados de la Etapa 2**

*-Diseño de la Guía Psicoeducativa para la preparación en violencia de género de los profesionales de los Equipos Básicos de salud del Grupo Básico de Trabajo del policlínico XX Aniversario.*

Como resultado fundamental de esta etapa se obtuvo la guía "VIOLENCIA DE GÉNERO. Guía psicoeducativa dirigida a los Equipos Básico de Salud". La misma tuvo como destinatarios los profesionales que laboran en los Equipos Básicos de Salud del Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario y persiguió como objetivo fundamental contribuir a la preparación en violencia de género de los mismos.

Para la elaboración de la guía se tomaron en cuenta las premisas que a continuación se refieren:

- Partir del diagnóstico de necesidades educativas de los profesionales realizado en la primera etapa de la investigación, teniendo en cuenta las potencialidades y demandas de los mismos.
- Buscar modos atractivos de presentar los temas y abordar los contenidos necesarios, de manera que la información presentada no agote al profesional de los Equipos Básicos de Salud.
- Usar un lenguaje claro, empático, sin tecnicismos que pudieran entorpecer la comprensión del contenido o desmotivar por la lectura.
- Seleccionar imágenes que ilustren el contenido y resulten atractivas al profesional; así como recuadros que resalten temas esenciales, y un tamaño de letra que posibilite la lectura.
- Utilizar colores primarios que refresquen la vista y transmitan una sensación de bienestar.

La misma quedó diseñada en un solo folleto de 26 páginas horizontales, tiro y retiro con 21.59 cm x 27.94 cm.

Incluyó los siguientes tópicos:

- Presentación.
- Introducción: Un acercamiento al tema.
- Parte 1. Violencia de Género. Lo que se debe conocer.
- Parte 2. Personal médico y Violencia de Género.
- Parte 3. Recomendaciones para el abordaje médico de la Violencia de Género.

En la Introducción se realizó un acercamiento general al tema.

En la Parte 1 se ofreció un abordaje general del fenómeno en cuestión ofreciéndose información al respecto, lo que permitió que los profesionales de la salud posean un conocimiento preciso acerca de qué es la violencia de género, cuáles son los espacios en los que se manifiesta y cuáles son las diferentes formas que adquiere, así como la naturaleza de la relación violenta y el ciclo que comprende la violencia en la pareja.

En la Parte 2 se abordaron las razones por las que la violencia de género debe recibir una atención desde el punto de vista médico, cuáles son las funciones que el personal médico tiene frente a dicha problemática, las consecuencias que aparejan las situaciones de violencia de género, los mitos que giran en torno a la misma, algunas de las prácticas inadecuadas en la atención a las situaciones de ese tipo así como los procesos que dificultan la identificación de los casos e indicadores de sospecha a tener en cuenta en la atención sanitaria.

En la Parte 3 se brindaron recomendaciones para el encuentro con presuntas víctimas y se abordaron elementos relacionados con la privacidad y confidencialidad.

### Conclusiones

El desarrollo de esta investigación permitió arribar a las siguientes conclusiones:

- ✓ Se identificaron necesidades educativas de los profesionales de los Equipos Básicos de Salud con relación al conocimiento de las particularidades del fenómeno, así como su responsabilidad en la detección y manejo de las situaciones de violencia de género.
- ✓ Se diseñó una guía psicoeducativa dirigida a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud para contribuir a su preparación en violencia de género. En ella se abordaron generalidades acerca del fenómeno, la responsabilidad del personal médico ante esta problemática y recomendaciones para el trabajo preventivo en el ámbito comunitario.

## **RECOMENDACIONES**

---

### **Recomendaciones**

- ✓ Continuar con la investigación a través de la evaluación de la guía psicoeducativa diseñada.
- ✓ Implementar la guía psicoeducativa diseñada una vez evaluada.
- ✓ Continuar con la línea de investigación de la preparación en violencia de género de los profesionales de los Equipos Básicos de Salud del resto del municipio.
- ✓ Proponer materiales informativos y programas que generen cambios actitudinales con relación a la atención de la violencia de género como una problemática de salud.
- ✓ Comunicar los resultados obtenidos a los participantes de la investigación así como a instancias superiores del Sistema Provincial de Salud y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Aguilera, N., Infanzón, N., Gómez, Y., Galceran, L., & Martínez, P. (2009.). Caracterización de la violencia hacia la mujer atendidas en el municipio Holguín de junio a diciembre de 2007. . *Correo Científico Médico de Holguín.*, 13(2).
- Albarrán, A., & Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. . *Investigación en Salud.*, 9(2), 8.
- Aldana, E., & Gómez, M. (2007). Criterios para la elaboración de las Guías de Intervención Psicológica. . *Perinatol Reprod Hum.*, 21(1), 11.
- Alemán, M., Vernaz, D., Tilli, G., Mazur, V., Sammartino, B., Marconi, A., . . . Antman, J. (2010). Detección de violencia basada en género. Análisis de situación del sistema de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*, 1(5), 22-27.
- Alfonso, A. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. . *Revista Cubana Salud Pública.*, 32(1), 15.
- Alvarez, R. (2012). *Diseño de un Programa Psicoeducativo para la prevención del tabaquismo en estudiantes universitarios.* . (Tesis de Diploma.), Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas., Santa Clara.
- Angulo, L. (2012). *Elaboración de una Guía Psicoeducativa para pacientes oncohematológicos.* . (Tesis de Diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. , Santa Clara.
- Arbuckle, J. (2010). *IBM SPSS® Amos™ 19 User's Guide.* A. D. Corporation (Ed.) (pp. 654). Retrieved from <http://www.spss.com>
- Arias, M. A., Torralbas, A., & Pupo, A. (2013). El médico de la familia y la violencia contra la mujer. *Rompiendo silencios. lecturas sobre mujeres, Géneros y Desarrollo Humano.* (pp. 73-89). La Habana, Cuba: Editorial de la Mujer.
- Arredondo, A., Broco, M., Alcalá, T., Rivera, A., Jiménez, I., & Gallardo, C. (2012). Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. *Revista Española de Salud Pública.*, 86(1), 85-99.
- Artiles de León, I. (2003). Salud y violencia de género. . *Sexología y Sociedad.*, 6(15), 2.
- Baró, V., Mariño, E., & Ávalos, M. (2011). Preparación del equipo básico de salud en temas de violencia doméstica, perspectiva de género. . *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 27(2).
- Blanco, P., Ruiz, C., García, L., & Martín, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria.*, 1(18), 7.
- Blázquez, M. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. . *Psicología y Salud.*, 20(1), 10.
- Bosch, E., & Ferrer, V. (2012). Nuevo mapa de los mitos sobre la violencia de género en el siglo XXI. *Psicothema*, 24(4), 8.
- Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M., & Guezmes, A. (2004). *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo.* PROFAMILIA.INPPARES.PLAFAM. (Ed.) Retrieved from [www.ippfwhr.org](http://www.ippfwhr.org)
- Bott, S., Morrison, A., & Ellsberg, M. (2005). Preventing and Responding to Gender-Based Violence in Middle and Low-Income Countries: A Global Review and Analysis. (Publication no. DOI: 10.1596/1813-9450-3618. ).
- Bugarín, R., & Bugarín, C. (2014). Aspectos éticos en la atención sanitaria de la violencia de género. *Semergen.*, 40(5), 6.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Builes, M., & Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 35(4), 14.
- Cámara, N., Carretero, J., García, A., Menéndez, M., Sánchez, J., & Sekade, N. (2008). Intervención de la enfermera especialista en salud mental para la prevención de los trastornos de sueño por hábitos incorrectos del lactante. *NURE Investigación.*, 6(42), 25.
- Candelaria, N. (2015). *“Programa Psicoeducativo para el afrontamiento efectivo en mujeres con cáncer de mama no metastásico en intervalo libre de enfermedad”* (Tesis de Diploma.), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas., Santa Clara.
- Casique, L., & Ferreira, A. (2006). Violencia contra las mujeres: Reflexiones teóricas. *Revista Latinoamericana de Enfermería.*, 14(6), 8.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 40(5), 20.
- Coll-Vinent, B. (2008). Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias.*, 20, 269-275.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7-10.
- Cueto, Y. (2010). *“Propuesta de una guía psicoeducativa que contribuya a la preparación de la familia para la realización de la orientación profesional vocacional de los adolescentes en la etapa de preuniversitario”* (Tesis de Diploma.), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas, Santa Clara.
- de Souza, E., & Fleitas, R. (2014). La política de salud en Cuba en el nuevo milenio: la contribución del Trabajo Social. *R. Katál., Florianópolis.*, 17(2), 11.
- del Valle, J., Palú, A., Plasencia, C., Orozco, M., & Álvarez, O. (2008). Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario del municipio “Julio Antonio Mella” sobre violencia intrafamiliar contra la mujer. *MEDISAN*, 12(2).
- Díaz, S. (2014). Los Métodos Mixtos de Investigación: Presupuestos Generales y Aportes a la Evaluación Educativa. *Revista Portuguesa de Pedagogía.*, 48(1), 23.
- Estrada, E. (2008). Una estrategia para investigar en el nivel primario de Salud. *Revista Médica Electrónica.*, 30(5).
- Fernández, M. (2007). El médico de familia ante situaciones de violencia. *Atención Primaria.Editoriales.*, 39(2), 3.
- Ferrer, D. Para acercarnos al significado de la violencia. *Secretos de Convivencia.Comunicación, Violencia y Relaciones Humanas.* (pp. 13-20).
- García, E. (2011). La intervención psicoeducativa. Retrieved from <http://uvprintervencioneducativa.blogspot.com/>
- García, N. (2012). *Evaluación de una Guía Psicoeducativa para cuidadores principales de niños con enfermedades oncológicas.* (Tesis de Diploma.), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas., Santa Clara.
- González, A., Barbeito, S., & Vega, P. (2010). ABORDAJE INTEGRAL DEL TRASTORNO BIPOLAR. 25. Retrieved from Psiquiatria.com website: [www.interpsiquis.com](http://www.interpsiquis.com)
- González, M. (2013). *Evaluación de la efectividad de la guía psicoeducativa para la preparación del cuidador principal de adultos con enfermedades oncológicas.* (Tesis de Diploma.), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas., Santa Clara.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Guedes, A., Bott, S., Güezmes, A., & Helzner, J. (2014). Gender-Based Violence, Human Rights, and The Health Sector: Lessons From Latin America. *HEALTH AND HUMAN RIGHTS* . 6(1), 17.
- Guevara, E. (2012). *Propuesta de programa psicoeducativo para contribuir a minimizar las manifestaciones de violencia en las relaciones interpersonales de los estudiantes de los IPU "Capitán Roberto Rodríguez" y "Osvaldo Herrera"*. (Tesis de Diploma), Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. , Santa Clara.
- Hernández, I. (2011). Propuesta socioeducativa dirigida a los/las profesionales del Centro de Salud Mental del municipio de Playa para la atención de la violencia contra las mujeres. *Centro de salud Mental (CENSAM)*, 17(47), 9.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN*. Retrieved from [www.elosopanda.com](http://www.elosopanda.com)
- Knapp, E. (2007.). La Psicología de la Salud en Cuba.Su integración al Sistema Nacional de Salud. . In F. Varela. (Ed.), *Psicología de la Salud*. (pp. 73-83.). La Habana. .
- Larizgoitia, I. (2006). La violencia también es un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria.*, 20(1), 7.
- López, L. (2009). Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. *MediSur.*, 7(5).
- López, M. (2011). *Violencia hacia la mujer por su pareja.Intervenciones orientadas a su manejo integral*. . (Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud. ), Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos . , Cienfuegos.
- Lozano, C., Pina, F., Torrecilla, M., Ballesteros, C., Pastor, J., & Ortuño, A. (2014). FORMACIÓN Y DETECCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PROFESIÓN SANITARIA. . *Revista de Enfermagem Da UFSM.*, 4(1), 9.
- Machado, M. I., & Parra, M. J. (2011). VIOLENCIA DE GÉNERO. . *Silogismo.Más que conceptos.*, 1(8), 19.
- Martín, R. (2011.). *Prevención del maltrato infantil. Propuesta de Guía Psicoeducativa para la familia*. . (Tesis de Diploma. ), Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas., Santa Clara.
- Medina, V., Landenberger, M., de Gómez, R., & Patrizzi, M. (2015). Experiencias de enfermeras en prevención de la violencia de género y asistencia a mujeres afectadas. *Revista Cubana de Enfermería.*, 31(4).
- Méndez, P., Valdez, R., Viniegra, L., Rivera, L., & Salmerón-Castro, J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *salud pública de méxico*, 45(6), 473-482.
- Molina, J., & Rodrigo, M. (2010). *Estadística descriptiva en Psicología* Paper presented at the Introducción a la Estadística aplicada a la Psicología. . <http://www.uv.es>
- Montiel, C. (2012.). *Programa psicoeducativo de sensibilización intercultural para la inserción de estudiantes extranjeros en la universidad*. . (Tesis de Diploma. ), Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. , Santa Clara.
- Morrison, A., Ellsberg, M., & Bott, S. (2005). CÓMO ABORDAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: REVISIÓN CRÍTICA DE LAS INTERVENCIONES. *en breve* (pp. 4): Banco Mundial
- Ortiz, M., & Morales, I. (1999). ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? *Revista Cubana de Medicina General Integral.*, 15(5).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Pastorino, M. (2014). Violencia de género en las aulas de educación secundaria. . *Revista de Estudios Socioeducativos RESED*,(2), 22.
- Pérez, V., & Hernández, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2).
- Perojo, V. (2015). La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(4).
- Pría, M., Louro, I., Fariñas, A., Gómez, H., & Segredo, A. (2006). Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. . *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(3).
- Proenza, L. (2015.). “*Diseño de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con cáncer de cabeza y cuello*” (Tesis de Diploma. ), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. , Santa Clara.
- Proveyer, C. (2014). Violencia de género. Aproximación desde la realidad cubana. . *Sexología y Sociedad*, 20(1), 14.
- Quiñones, M., Arias, Y., Delgado, E., & Tejera, A. (2011). Violencia intrafamiliar desde un enfoque de género. . *MEDICIEGO*, 17(2).
- Rodríguez, R., Márquez, M., & Kageyama, M. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 47(2), 134-144.
- Ruiz, M., López, L., & Águila, Y. (2013). Caracterización de las mujeres maltratadas por su pareja desde la perspectiva de género. . *Medisur*, 11(1), 11.
- Ruíz, M., López, L., & Hernández, Y. (2012). Superación profesional dirigida al Equipo Básico de Salud para el manejo de la violencia conyugal. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos* . 10(2), 7.
- Samperio, M., Pérez, N., Zúñiga, A., Hernández, M., & Domínguez, J. (2011). *Introducción a la Estadística*. <http://fppt.com>
- Sánchez, D. (2011). *Elaboración de una Guía Psicoeducativa para los familiares de niños con enfermedad oncológica*. (Tesis de Diploma), Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas., Santa Clara.
- Sánchez, T., & Hernández, N. (1999). Violencia conyugal. *Sexología y Sociedad*, 10(4).

**Anexo 1. Cuestionario sobre actitud hacia la violencia de género del personal médico**

**Cuestionario sobre actitud hacia la violencia de género del personal médico**

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre la actitud hacia la violencia de género del personal médico. A continuación aparecen algunas preguntas que solicitamos responda con la mayor sinceridad posible. Su participación es voluntaria pero muy importante para asegurar que los resultados de la investigación se correspondan con la realidad. Le garantizamos anonimato y confidencialidad.

Muchas gracias

Sexo..... Edad..... Estado civil..... Profesión..... Años de experiencia profesional.....

1. Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases usando la siguiente escala:

	1: Muy de acuerdo		2: De acuerdo		3: Sin opinión		4: En desacuerdo		5: Muy en desacuerdo	
1. El nivel de escolaridad, la clase social, la edad, el área laboral o la solvencia económica que presenta una persona no impide que sea maltratada.	1	2	3	4	5					
2. Cuando una persona maltrata a los otros es porque posee trastornos emocionales que no le permiten contenerse.	1	2	3	4	5					
3. La violencia de género no es un problema de salud.	1	2	3	4	5					
4. La violencia en la pareja es un asunto privado, nadie debe involucrarse.	1	2	3	4	5					
5. La violencia de género se refiere al maltrato contra las mujeres.	1	2	3	4	5					
6. Los hombres por su naturaleza son siempre los que maltratan.	1	2	3	4	5					
7. La violencia de género solo tiene lugar en las relaciones de pareja.	1	2	3	4	5					
8. Violencia de género es lo mismo que violencia intrafamiliar.	1	2	3	4	5					
9. Las mujeres son las responsables de la violencia de género.	1	2	3	4	5					
10. La violencia de género no tiene consecuencias negativas para la salud.	1	2	3	4	5					
11. Solo las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol y drogas son violentos.	1	2	3	4	5					
12. La violencia de género afecta la salud física y emocional de quien la recibe.	1	2	3	4	5					

2. Indique en qué grado considera que la violencia de género causa daño.

Nada                       Poco                       Algo                       Bastante                       Mucho

3. La violencia de género se expresa a través de (marque todas las veces que estime conveniente):

- Discusiones, gritos                       Golpes, empujones, Presiones para hacer algo en contra de la voluntad galletazos
- Control, vigilancia                       Prohibiciones injustificadas                       Insultos, humillaciones, burlas
- Indiferencia, no escuchar                       Cortadas, heridas, quemaduras                       Controlar el dinero, los bienes personales
- Amenazas, chantaje
- Otros \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo valora su preparación para tratar a personas que viven o han vivido en situaciones de violencia de género?

Mala                       Regular                       Buena                       Muy buena

5. ¿En alguna de las asignaturas que cursó durante su formación, se incluyeron temas relacionados con la violencia de género?

Si  No  En caso positivo, especifique el nombre de la(s) asignatura(s)

6. ¿Ha recibido formación de postgrado sobre este tema? Si  No  En caso positivo, ¿qué lo/la motivó a participar?

7. ¿A quines considera responsables de la detección de los casos de violencia de género en la comunidad?

## ANEXOS

8. ¿Ha detectado en su práctica asistencial situaciones de violencia de género? Si\_\_ No\_\_

En caso positivo precise:

a) Cantidad en el último año \_\_\_\_\_

b) Sexo y edad de la(s) víctima(s) \_\_\_\_\_

c) Señale qué tipo(s) de violencia(s) predominaron. Marque todas las veces considere necesario.

Psicológica     Física     Sexual     Económica

9. ¿Conoce algún protocolo, programa y/o conjunto de actividades que estén establecidas en salud para atender los casos de violencia de género? Si\_\_ No\_\_ En caso positivo, especifique su nombre.

9.1 Indique en qué medida utiliza en su práctica profesional este/estos protocolo(s)

**Nunca**     **Casi nunca**     **A veces**     **Muchas veces**     **Siempre**

10. ¿Tiene conocimiento de las instituciones que pudieran prestar ayuda ante situaciones de violencia de género?

Si\_\_ No\_\_ En caso positivo, especifique cuál(es).

11. Indique en qué medida utiliza las siguientes acciones para identificar casos de violencia de género.

<b>(0) Nunca</b>	<b>(1) Casi nunca</b>	<b>(2) A veces</b>	<b>(3) Muchas veces</b>	<b>(4) Siempre</b>					
1. Realizar preguntas ante la sospecha de un caso.					0	1	2	3	4
2. Utiliza los protocolos para la detección					0	1	2	3	4
3. Busca información mediante informantes claves de la comunidad.					0	1	2	3	4

Otras \_\_\_\_\_

12. ¿Qué curso da a los casos identificados?

<b>(0) Nunca</b>	<b>(1) Casi nunca</b>	<b>(2) A veces</b>	<b>(3) Muchas veces</b>	<b>(4) Siempre</b>					
1. Lo deriva a otros especialistas.					0	1	2	3	4
2. Atiende solo las lesiones físicas					0	1	2	3	4
3. Prescribe medicación					0	1	2	3	4
4. No pregunta sobre el tema.					0	1	2	3	4
5. Conversa con la/el paciente para brindarle apoyo					0	1	2	3	4
6. No sabe qué hacer ante ese tipo de casos.					0	1	2	3	4
7. Brinda información sobre las instituciones que pudieran prestarle ayuda					0	1	2	3	4
8. Denuncia a las autoridades pertinentes					0	1	2	3	4
9. Realiza intervención familiar					0	1	2	3	4
10. Realiza seguimiento a los casos identificados					0	1	2	3	4
11. Brinda información sobre la violencia de género					0	1	2	3	4

Otras \_\_\_\_\_

## ANEXOS

---

13. ¿Qué barreras impiden la detección de los casos de violencia de género? Marque todas las veces que considere conveniente.

### INSTITUCIONALES

- Pobre conocimiento sobre el tema
- Falta de privacidad en la consulta
- Falta de tiempo en la consulta
- Falta de apoyo institucional
- Carencia de protocolos para la detección
- Pobre respaldo legal
- Carencia de personal que brinde atención
- Otras \_\_\_\_\_

### PERSONALES

- Carácter privado de la violencia
- Temor a involucrarse en asuntos legales
- Falta de conocimiento sobre el tema
- Considerar que sobrepasa sus funciones
- Temor a las consecuencias
- Otras \_\_\_\_\_

14. Según su experiencia con la violencia de género, señale el o las área (s) en que ha tenido lugar.

- |  | <b>Ámbito familiar<br/>o Personal</b> | <b>Lugar de<br/>trabajo</b> | <b>Barrio</b> |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|
| a) Conoce a alguien que se encuentre o se haya encontrado en situación de violencia de género. | ___                                   | ___                         | ___           |
| b) Conoce a alguien que propicie la violencia de género  | ___                                   | ___                         | ___           |

15. Complete las siguientes oraciones.

- a) Cuando pienso en el tema de la violencia de género siento \_\_\_\_\_
- b) Cuando pienso en el tema de la violencia de género me preocupa \_\_\_\_\_
- c) Cuando pienso en el tema de la violencia de género quisiera \_\_\_\_\_

**Anexo 2. Entrevista semiestructurada aplicada a los profesionales de los Equipos Básicos de Salud**

**Indicadores:**

1. Conocimiento sobre la violencia de género.
2. Experiencia en la identificación.
3. Atención a situaciones de violencia detectadas.
4. Satisfacción con el desempeño profesional.
5. Demandas respecto a la información que necesitan.

## Anexo 3. Matriz de datos

Categoría	Subcategorías		Verbalizaciones
Definición	Manifestaciones	Físicas	“maltrato”, “violencia física en actos y palabras”, “se expresa con golpes, objetos punzantes” .
		Psicológicas	“nombretes”, “ofensas”, “discriminación”, “insultos”.
	Inespecífico		“maltrato físico o emocional que reciben las personas”, “es todas aquellas situaciones que se dan entre hombres y mujeres, padres e hijos, tanto verbal como físico”.
	Contexto		“se expresa en la familia, el barrio, el trabajo, entre vecinos”.
	Desequilibrio de poder		“ es el poder de un sexo sobre el otro”, “cuando el hombre actúa contra la mujer imponiéndose sobre el sexo más débil que es el femenino”, “la violencia es toda acción violenta que se ejerza sobre el ser humano y cuando nos referimos al género se supone que sea al femenino”.
Contexto	Todos		“ en cualquiera”, “en todas partes” .
	Familia		“intrafamiliar es más frecuente”, “en el hogar”, “generalmente el familiar es el más afectado”.

**ANEXOS**

	Trabajo	“en el centro de trabajo”.
	Comunidad	“ en la calle”, “en la sociedad”, “en el barrio”, “en la comunidad” .
	Escuela	“en la escuela”.
	Centros recreativos	“en los lugares donde uno va a recrearse”, “en los clubes nocturnos”, “en los bares”, “en las fiestas populares”.
Víctima	Todos	“a todo el mundo”, “a cualquiera”.
	Género	“mayormente a las mujeres”, “al sexo femenino”, “es más frecuente del hombre a la mujer pero puede haber de ambos”.
	Adicción	“a los alcohólicos”, “a los que se drogan”.
	Nivel cultural	“a las personas de bajo nivel cultural”.
	Trastornos de conducta	“a personas con problemas de conducta”, “a personas con mala conducta”.
	Pareja	“entre parejas principalmente”.
	Intergeneracional	“entre adultos y viejos”, “entre padres e hijos”, “entre nietos y abuelos”, “intergeneracional”.
Manifestaciones	Físicas	“maltrato físico”, “golpes”, “empujones”, “azotes”, “violencia física, con instrumentos”, “agresiones”.
	Psicológicas	“abusos”, “discusiones”, “maltrato verbal”, “indiferencia”, “gritos”, “humillaciones”, “acoso sexual”, “miradas”, “relaciones sexuales forzadas”, “violencia sobre los hijos”, “malas contestas”, “ofensas”.
Causas	Características de Personalidad	“la falta de autocontrol”, “celos”, “conductas violentas aprendidas”, “problemas de

**ANEXOS**

		carácter”.
	Adicciones	“el alcoholismo, la drogadicción”.
	Trastornos emocionales	“trastornos psiquiátricos”, “trastornos mentales”.
	Nivel de escolaridad	“por el bajo nivel escolar”, “por el bajo nivel intelectual”.
	Solvencia económica	“mala situación económica”, “desempleo”, “desvinculación laboral”.
	Ambiente familiar	“cuando hay un ambiente familiar disfuncional, donde hay que cumplir roles machistas”, “puede ser por el ambiente familiar porque este influye en la personalidad de la persona”, “por los estilos de vida que haya en la familia”, “por la educación que le dan a la persona en la familia”.
	Desequilibrio de poder	“superioridad de una persona sobre otra”, “por aplastar a una persona”, “por la superioridad que sienten algunos sobre otros”.
	Relaciones interpersonales	“mala comunicación”, “discusiones”, “por dificultades en las relaciones interpersonales”.
Daño que provoca	Consecuencias	“muy malo”, “preocupante porque hay personas que desencadenan en patologías”, “grave”, “reversible porque se puede contrarrestar”, “irremediable”, “irreversible porque hay personas que evolucionan hacia la cronicidad”, “grande, puede llevar a la muerte cuando es física y cuando es psicológica la persona puede atentar contra

**ANEXOS**

		su propia, "psicológico, deja mucho daño psicológico".
Consecuencias	Físicas	"provoca un daño físico", "deja marcas en la piel", "trae hasta la muerte", "trae como consecuencia golpes", "genera lesiones graves", "las consecuencias son físicas, la violencia genera violencia", "las consecuencias físicas traen consecuencias psicológicas".
	Psicológicas	"depresión", "suicidio", "llanto", "maltrato", "rechazo", "deseos de morir", "trastornos psicológicos", "cohibición", "frustración", "timidez", "retraído", "humillación".
	Otras	"separación de la familia", "divorcio", "problemas familiares", "debilitamiento de las relaciones interpersonales".
Experiencia profesional		"sí he tenido algunos casos", "no he tenido esta experiencia".
Procedimiento	Intervención	"intervine directamente" "lo que hice fueron charlas educativas", "hablé con la persona dañada y con la no dañada", "procedo a través de la comunicación y trato de interceder".
	Delegación de la responsabilidad	"activo una comisión de prevención de la comunidad, donde participa un miembro de la comunidad y uno de la PNR", "se llama a

**ANEXOS**

		<p>la PNR en dependencia de la magnitud y las consecuencias”, “en función de la víctima se activa al programa que pertenece”, “eso le toca a la policía, a mí me toca decir que ha sido abusada y describir la lesión”</p> <p>“se llena un certificado de primera intención de un lesionado, quiera o no la víctima” .</p>
	No intervenir	<p>“la mayoría de las veces uno no hace nada porque al otro día están normales, dentro de sus casas cada cual hace lo que quiere y no hay un marco legal que nos diga qué hacer, que nos respalde”,</p> <p>“yo a veces no me meto mucho en lo íntimo”,</p> <p>“por miedo a mi seguridad solo hablo con ellas”.</p>
	Otros	<p>“bueno, si las víctimas piden ayuda yo se las doy”,</p> <p>“bueno, siempre hay parejas que se maltratan pero si ella no te lo dice no puedes abordarle el tema”.</p>
Protocolo		<p>“no lo conozco”, “debe existir pero no tengo conocimiento de él”.</p>
Satisfacción		<p>“sí”, “no”, “a veces no encuentro las palabras precisas para abordarlo”, “no es mi fuente y sé que tengo que fortalecerlo”, “no, porque sigue ocurriendo”, “no estoy satisfecha porque continúa pasando y todo lo que</p>

**ANEXOS**

		podamos prevenir frente a la violencia es bueno", "estaría satisfecha si pudiera evitarlo".
Preparación	Ninguna	"no", "no he recibido pero es necesaria porque todos los casos no se tratan igual", "lo que sé es porque lo he visto por la televisión, porque lo he escuchado por la radio o porque lo he aprendido con mi mamá que es psicóloga".
Responsabilidad	Comunidad	"líderes formales e informales de la comunidad".
	CDR	"presidente del CDR", "jefe de vigilancia del CDR", "coordinador del CDR".
	Familia	"toda la familia", "la primera responsabilidad es de la familia".
	Equipos Básicos de Salud	"del Equipo Básico de Salud", "de nosotros", "del médico".
	PNR	"de la PNR", "del Jefe del Sector".
	FMC	"de las que tienen que ver con la FMC"
	Psicóloga del GBT	"debe darle un seguimiento la psicóloga del GBT", "de la psicóloga del área".
	Otros especialistas	"psiquiatra", "comisión de prevención", "programa de salud", "especialistas de salud".
	Todas las personas	"la responsabilidad es de todos, no de uno solo", "todo el mundo puede detectar la violencia", "es responsabilidad de todos, incluso hasta de la víctima".

## ANEXOS

---

	Centro de trabajo	“de los miembros del centro de trabajo de la víctima”.
Preparación futura	Contenidos teóricos	“incluir su definición”, “causas”, “tipos de violencia”, “hablar acerca de la personalidad”, “factores de riesgo”, “hablar acerca de los valores”, “incluir el tema del autoconocimiento”, “abordar cosas relacionadas con la autoestima”, “consecuencias”, “hablar de las patologías que trae consigo”.
	Metodología para enfrentar la problemática	“incluir el tratamiento que hay que darles”, “hablar del diagnóstico y manejo de los pacientes”, “cómo actuar”, “cómo identificar los casos”, “hacer un programa para abordar este tema”, “que nos ofrezcan mecanismos para abordar a una víctima cuando se conoce qué es lo que pasa pero la persona no lo ha declarado”.
	Instituciones en las que pueden buscar ayuda	“a dónde acudir”, “saber a dónde dirigirse cuando tenemos algún caso”.



Anexo 4 Guía psicoeducativa diseñada.

# **VIOLENCIA DE GÉNERO**

Guía psicoeducativa dirigida a los  
Equipos Básico de Salud

# ÍNDICE

<b>UN ACERCAMIENTO AL TEMA</b> .....	1
<b>PARTE 1. VIOLENCIA DE GÉNERO. LO QUE SE DEBE CONOCER</b>	
DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO.....	3
NATURALEZA DE LA RELACIÓN VIOLENTA .....	3
ESPACIOS COTIDIANOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	4
FORMAS Y MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	4
CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA.....	5
<b>PARTE 2. PERSONAL MÉDICO Y VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	
RAZONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	7
FUNCIONES DEL PERSONAL DE LA SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	9
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA.....	9
PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA JUNTO AL AGRESOR. POSIBLES CAUSAS.....	10
MITOS.....	11
PRÁCTICAS PROFESIONALES INADECUADAS EN LA ATENCIÓN A LOS CASOS DE VIOLENCIA.....	12
PROCESOS QUE DIFICULTAN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	14
En el caso de las víctimas.....	15
Con relación al personal de salud.....	15
INDICADORES DE SOSPECHA A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN SANITARIA.....	16
Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer.....	16
Indicadores de sospecha durante la consulta.....	17
<b>PARTE 3. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE MÉDICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	
SUGERENCIAS PARA EL ENCUENTRO CON LAS POSIBLES VÍCTIMAS.....	19
¿QUÉ HACER EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUE EL EMPLEO DE LA VIOLENCIA?.....	19
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.....	20
¿CÓMO PREPARAR Y PREPARARNOS PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA VIOLENCIA DE GÉNERO?	21

## UN ACERCAMIENTO AL TEMA

**La violencia constituye una de las problemáticas más significativas que enfrenta el mundo hoy.** Una de cada tres mujeres mayores de 15 años ha sufrido este tipo de violencia por parte de algún marido, novio, amante o ex-pareja. En algunas regiones, ese porcentaje pasa del 30 % global hasta el 38 % de la población femenina, lo que constituye unos 920 millones de mujeres en todo el mundo. El 38% de los asesinatos a las mujeres tienen como responsable a su pareja. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Según estadísticas, en el año 2014, el 36% de las mujeres de América han sufrido violencia en la pareja. Pero su prevalencia trasciende el nivel económico, ya que el porcentaje de asesinadas a manos de sus parejas alcanza el 45 % en los Estados Unidos y el 54 % en el Reino Unido.

Se considera problema de salud cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico y la enfermera perciban como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta, o puede afectar la capacidad funcional del paciente, según la Organización Mundial de Médicos Generales (1996). Por lo tanto, trasciende la presencia de una patología. Abarca desde un síntoma, una alteración familiar hasta un factor de riesgo. En este sentido, **las prácticas violentas se consideran un problema de salud pública que conlleva a daños en la salud física y mental de las mujeres**, y por tanto es un factor de riesgo que demanda de los servicios de salud, lo que representa un costo real para la sociedad. Cabe destacar que durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud, acordó que la violencia fuera una prioridad en salud pública en todo el mundo.

Tanto estudios internacionales como nacionales, señalan que con frecuencia **en los servicios de salud no se logra identificar el problema de violencia subyacente**, aun cuando ésta sea la raíz de los problemas físicos o psicosomáticos por los que las víctimas demandan la atención sanitaria. Como sustento a estas prácticas se encuentran:

- Mitos y estereotipos acerca de esta problemática (Subordinación femenina, relevancia de las agresiones físicas en detrimento de las psicológicas)
- Determinación de la violencia como un asunto privado (solo de la pareja).
- Desconocimiento de las características de la violencia de género como un problema social y de salud.
- Carencia de información referente a la violencia de género durante la formación de los profesionales de la salud
- Se apela a la sensibilidad y sentido común de los profesionales a partir de la carencia y/o desconocimiento los protocolos para la detección y manejo de los casos

Los datos ofrecidos ponen de manifiesto que la actividad profesional de nuestros galenos se encuentra limitada, poniendo en riesgo la calidad de la asistencia que se presta, al centrarse en el síntoma, desconociendo sus causas. Se atenta contra la visión holística del ser humano que rige sistema de salud y el cumplimiento de las funciones según el nivel estructural de atención médica.

El sistema de salud cubano establece que el **nivel primario de atención médica debe dar solución, aproximadamente, al 80% de los problemas de salud de la población.** Desde esta perspectiva, su labor debe centrarse en las particularidades y demandas de la comunidad. Alcanzar mayores niveles de satisfacción de los pacientes y sus familiares, en pos de una mejor calidad de vida, constituyen los principales retos de los Equipos Básicos de Salud. La detección, manejo y prevención de las problemáticas de su comunidad constituyen premisas de su accionar.

**En materia de violencia de género, los Equipos Básicos de Salud se encuentran en una posición privilegiada.** La cercanía a los pobladores facilita que tras otras aparentes causas, las víctimas se acerquen a los servicios de salud en busca de ayuda, y el servicio que se preste esté más próximo a las condiciones reales de cada caso.

Teniendo en cuenta las particularidades de la violencia de género y las carencias detectadas, **esta guía tiene como propósito preparar en violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad.**

Está compuesta por tres partes. La primera **brinda información general acerca del fenómeno.** Siendo de interés tanto para el personal médico como para la población en general, se adentra en los espacios y las múltiples formas que tiene para expresarse la violencia de género. Más centrada en el desenvolvimiento de los profesionales de la salud, la segunda parte **profundiza en las funciones y prácticas médicas para la detección de los casos.** En la tercera parte **se ofrecen recomendaciones para el abordaje de esta problemática** en la comunidad y fortalecer la superación profesional.

Si bien en la guía se brindan elementos generales, para su uso es necesario tomar en cuenta las características de cada paciente, de la situación de violencia de género y de la disponibilidad de recursos en ese momento. Por lo tanto, se apela a la creatividad del personal de salud para adaptar los contenidos que se exponen a las particularidades de cada circunstancia.

# **PARTE I**

**VIOLENCIA DE GÉNERO.**

**LO QUE SE DEBE CONOCER**

## DEFINICIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género se define como: «**Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual, incluidas las amenazas de tales actos y la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada**». (Art.1 de la «Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer». Naciones Unidas, Conferencia de Viena, 1993.)

La pertenencia al sexo femenino basta, en una sociedad donde predomina el machismo, para convertirse en blanco de agresiones, de cualquier naturaleza. Las diferencias entre mujeres y hombres, ubica a las féminas en una posición de dependencia, subordinación y debilidad que favorece el desarrollo de prácticas discriminatorias, violentas. Por lo tanto, como práctica social establecida y aceptada por muchos, las situaciones de violencia de género no requieren de la existencia de vínculos afectivos y/o familiares para que tengan lugar.

## NATURALEZA DE LA RELACIÓN VIOLENTA



En las relaciones violentas, más allá del espacio en el que tengan lugar, se pueden identificar tres roles<sup>1</sup>:

- **Víctima:** es sobre quien recae el empleo de la violencia.
- **Victimario:** es quien ejerce las prácticas violentas.
- **Testigo:** presencia los actos violentos, generalmente sin involucrarse en el desarrollo de los acontecimientos.

A lo largo de la vida, se puede adoptar una u otra postura, incluso todas. Con regularidad, se asocia al hombre con el rol de victimario, la mujer con el de víctima y como testigos se privilegian a los hijos. Pero la cotidianidad favorece que en ocasiones la visión tradicional se transforme. Las características personales de los implicados, la naturaleza de los vínculos que se han establecido o están por establecerse, la historia de maltrato y hasta los propios espacios en los que se desarrollan las interacciones, favorece que los roles puedan variar. Por lo tanto, en las relaciones violentas no existen roles inamovibles ni preconcebidos.

Los modos de participar en las situaciones de violencia de género están muy relacionados con los espacios en los que éstas tengan lugar y las particularidades de las interacciones en cada uno de ellos.

<sup>1</sup> Se considera como rol a la función que se cumple en un contexto determinado. Puede ser circunstancial o mantenerse a lo largo del tiempo.

## ESPACIOS COTIDIANOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La discriminación por motivos de género puede tener lugar en todos los contextos en los que se desenvuelven las mujeres. Si bien desde el punto de vista investigativo se ha privilegiado el espacio familiar y especialmente la relación de pareja, dado el carácter privado de los vínculos que tienen lugar; cada vez ganan mayor visibilidad espacios como el centro laboral, de estudio y la comunidad (espacios públicos) dentro del análisis de la violencia de género.

Este fenómeno no es privativo de un contexto en específico, sino que puede acontecer de manera paralela en más de uno, incluso abarcarlos todos, incorporándose a la cotidianidad. A medida que aumenta el número de espacios implicados, se hace mayor el sometimiento al que pudieran estar sujetas las víctimas.

Cada individuo vivencia de manera particular las experiencias violentas. Los antecedentes desde cada una de las posiciones que pueden asumirse, indiscutiblemente marcan el modo de desenvolverse en situaciones de violencia. No obstante, cada circunstancia posee un carácter único y el empleo de prácticas violentas puede estar presente o no. En el caso de que se mantenga este patrón comportamental y se incorpore a la cotidianidad, las manifestaciones de la violencia de género pueden ser muy diversas y no existen formas que sean particulares para cada espacio.

### ESPACIOS COTIDIANOS EN LOS QUE TIENE LUGAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Familia	Relación de pareja	Centro de trabajo	Centro de estudio	Comunidad
---------	--------------------	-------------------	-------------------	-----------

## FORMAS Y MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Las formas que puede adoptar la violencia de género son muy diversas. Cada una encierra un conjunto de manifestaciones que desde un plano directo o indirecto (acciones u omisiones) menoscaban la integridad de las víctimas. Teniendo en cuenta el daño que provocan, se consideran cuatro tipologías o formas de violencia:

- **Violencia física**
- **Violencia psicológica**
- **Violencia sexual**
- **Violencia económica**

Aunque las lesiones físicas pueden ser más visibles, la percepción del daño responde a la lectura que haga cada individuo del acto en sí y la circunstancia. Por lo tanto, la naturaleza de la agresión no determina la gravedad que provoca.

A continuación se presenta una definición de cada una de estas formas y sus manifestaciones específicas.

<b>Violencia Física</b>	Todo acto en el que se utiliza alguna parte del cuerpo, objeto, arma o sustancia para movilizar y/o causar daño a la integridad física del otro	Patadas	Pinchazos
		Sacudidas	Bofetadas
		Arañazos	Mordeduras
		Cuchilladas	Empujones
		Quemaduras	Intento de asfixia
		Puñetazos	Pegarle con objetos
		Arrojar objetos o sustancias	

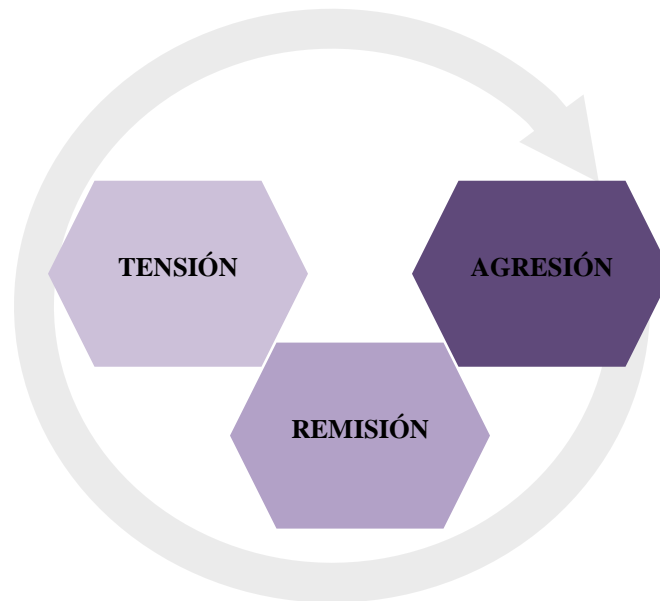
Actos u omisiones que provocan daño en la estabilidad emocional del otro y afectaciones en la estructura de su personalidad	<b>Violencia Psicológica</b>	Coacciones	Prohibiciones
		Condicionamientos	Burlas, gritos
		Intimidaciones	Amenazas
		Chantaje	Humillaciones
		Insultos	Rechazo
		Exigir obediencia	Abandono
Devaluar al otro	Imposición del control		
Atribuir culpas sin razón	Ignorar al otro, no escucharlo		

Celos	Vigilancia	<b>Violencia Sexual</b>	Cualquier acción que invada el espacio íntimo de la persona y atente contra su libertad sexual, degradación del cuerpo y su sexualidad
Limitar la decisión sobre fecundidad	Juegos sexuales forzados		
Tocamiento	Ser abiertamente infiel		
Relaciones sexuales forzados	Exposición a escenas eróticas sin desearlo		
Poca responsabilidad ante el control de embarazo y/o ITS	Negar necesidades sexo-afectivas		
Crítica de la respuesta sexual	Violación		
	Exigir vestimenta sensual		

Limitar las decisiones que implican dinero	Decidir sobre los bienes del otro	Acciones u omisiones que afectan la subsistencia económica y pretenden el control de los ingresos, recursos y bienes del otro	<b>Violencia Económica</b>
Reclamar o recriminar por los gastos del otro	Controlar cuánto, cómo y dónde se gasta		
Adjudicarse bienes o recursos del otro	Exigir u obligar el ingreso de dinero		

## CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA

En el marco de las relaciones de pareja, Leonor Walker (1979) propone un ciclo en el curso de las situaciones violentas, destacando tres momentos. El conocimiento de cada una de estas fases facilita la identificación de situaciones de violencia y que se le brinde a la(s) víctima(s) la atención adecuada.



**Fase de tensión o acumulación:** se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, durante la cual la irritabilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. La tensión seguirá aumentando gradualmente, acumulándose hasta llegar a la siguiente fase.

**Fase de agresión:** se caracteriza por una descarga incontrolada de las tensiones que se han ido acumulando, y que llevan a que se produzca una agresión. Estalla la violencia y tienen lugar las diferentes formas de violencia.

**Fase de calma o remisión:** En esta fase, denominada también de *luna de miel*, desaparece la violencia y la tensión. El agresor utiliza estrategias de manipulación afectiva y muestra un comportamiento extremadamente cariñoso (regalos, disculpas, promesas) con el fin de que la mujer permanezca junto a él y no le abandone, argumentando un arrepentimiento que puede parecer sincero. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer continúe la relación, llegando a creer que cambiará. Todo esto hace difícil que se mantenga su decisión de romper con la situación de violencia. Esta fase durará cada vez menos tiempo, hasta que se vuelva inexistente, aumentando las dos anteriores en frecuencia e intensidad.

Sin el conocimiento previo de este ciclo, el personal de salud corre el riesgo de tener una visión superficial o errónea de la dinámica real de la pareja. En cualquier acercamiento, se deben precisar los aspectos que distinguen a cada relación de pareja, y éstos analizarlos desde la generalidad que propone Walker (1979).

# **PARTE 2**

**PERSONAL MÉDICO Y  
VIOLENCIA DE GÉNERO**

## RAZONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género constituye una problemática de dimensiones extraordinarias. Sus consecuencias (en ocasiones fatales), los estigmas acerca de las personas vinculadas a ella y sus manifestaciones enmascaradas; requieren de un análisis detallado y en profundidad para detectar su presencia. No siempre el personal médico cuenta con los recursos para abordar esta problemática, por lo general se excluye de la exploración médica.

A partir de las consideraciones de un grupo de especialistas en el tema<sup>2</sup>, se exponen las razones por las que la violencia de género debe formar parte de las rutinas diagnósticas de los profesionales de la salud.

### **La violencia de género es una de las principales causas de incapacidad y muerte entre las mujeres.**

Un cúmulo cada vez más importante de pruebas epidemiológicas indica que la violencia por parte de la pareja íntima es una de las causas más importantes de incapacidad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. La violencia basada en género tiene consecuencias profundas y negativas para la salud física y emocional de las mujeres. Las mismas van desde desórdenes emocionales, lesiones físicas y dolores crónicos hasta situaciones de muerte como el suicidio y el homicidio. También es un factor de riesgo para muchas enfermedades que afectan la salud física, mental y sexual.

### **La violencia basada en género afecta la salud sexual y reproductiva de la mujer.**

La violencia física y sexual limita la posibilidad de la mujer de negociar con su pareja el uso de condones u otros métodos anticonceptivos, colocándolas así en una situación de mayor riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluso del VIH.

El abuso sexual en la niñez se encuentra asociado con conductas de riesgo como el consumo indebido de drogas y alcohol, un mayor número de parejas sexuales y un bajo índice de uso de anticonceptivos. La violencia basada en género también se ha relacionado con un riesgo mayor de trastornos ginecológicos, de aborto en condiciones inseguras, de complicaciones durante el embarazo, del aborto espontáneo, del bajo peso al nacer y de la enfermedad de inflamación pélvica.

### **Si el personal de salud no pregunta acerca de la violencia, pueden realizar un diagnóstico errado de las víctimas o no ofrecerles atención adecuada.**

Por ejemplo, si se desconoce si una mujer tiene antecedentes de violencia, es difícil diagnosticar o tratar sus dolores crónicos o las infecciones de transmisión sexual recurrentes que sufra. Profesionales que no tienen en cuenta que la mujer puede estar experimentando situaciones de violencia no podrán suministrarle asesoramiento adecuado en aspectos relacionados con la planificación familiar, la prevención de ITS o el VIH/SIDA. Por último, el personal de salud desatiende las necesidades más amplias de la víctima, no podrán ayudar a la mujer a evitar situaciones que pongan en peligro su vida.

### **Las y los proveedores de salud se encuentran en una posición única para identificar los casos de mujeres en riesgo.**

Las instituciones de salud mantienen el contacto permanente con la mayoría de las mujeres adultas que de la zona en la que se encuentran ubicados. Por lo tanto, los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para identificar a las mujeres que son víctimas de violencia basada en género. Sin embargo, muchas mujeres no dan a conocer los especialistas las experiencias de violencia que han padecido, a menos que se les pregunte.

---

<sup>2</sup> Bott, S., Guedes, A., Claramunt, M.C. & Guezmes, A. (2004). *Fortaleciendo la respuesta del sector de la salud a la violencia basada en género*. Federación Internacional de Planificación de la Familia.

El personal de salud debe armarse de herramientas necesarias para discutir el tema de la violencia con sus usuarios y proporcionar las respuestas adecuadas cuando la mujer revele un hecho de violencia. Las y los proveedores de salud se encuentran en una situación propicia para ayudar a las mujeres que sean víctimas de violencia a tomar conciencia sobre los riesgos a los que se exponen y enfrentar estas situaciones.

**Las y los profesionales de la salud se encuentran en una posición excepcional con respecto a la posible modificación de las actitudes sociales hacia la violencia contra la mujer.**

Las y los profesionales de la salud desempeñan un papel importante a la hora de modificar las actitudes con respecto a la violencia, ya que tienen la posibilidad de enmarcar la violencia como un problema de salud, y tratarlo como tal en su labor preventiva en la comunidad.

**La respuesta a la violencia de género puede mejorar la calidad de la atención médica.**

Atender la violencia de género como un problema de salud, incorporarlo a los protocolos de atención, produce mejores sustanciales en el servicio que se brinda. Esto supone fortalecer aspectos relacionados con el manejo de las víctimas, como es el caso de la privacidad y confidencialidad, aumentar el respeto por los derechos de la mujer y contribuir a alcanzar una visión más integrada y holística de la salud de la mujer.

**Las y los profesionales de la salud pueden, sin notarlo, poner a la mujer en situación de riesgo si no están preparados o desconocen el tema.**

Dada la prevalencia de la violencia contra la mujer, la mayoría los proveedores que atienden a mujeres adultas, quizá han atendido sin saberlo a sobrevivientes de la violencia. Profesionales de la salud que violan la confidencialidad, que dan una respuesta insatisfactoria a una revelación de un acto de violencia, que culpan a la víctima o que no ofrecen el apoyo necesario, pueden poner en riesgo la seguridad de la mujer, su bienestar y hasta su vida. Por ejemplo, el personal de salud puede causar perjuicios, sin advertirlo, al:

- Expresar opiniones negativas acerca de mujeres que han sido golpeadas o violadas.
- Hablar sobre las lesiones de una mujer en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un esposo potencialmente violento que está esperando afuera.
- Violar la confidencialidad al compartir con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la mujer, información acerca de un embarazo, un aborto, infecciones de transmisión sexual, el VIH o el abuso sexual.
- Suministrar atención médica inadecuada por no comprender que el comportamiento de determinada paciente puede ser el resultado de experiencias violentas.
- Pasar por alto las señales de advertencia que indican que una mujer puede encontrarse en peligro.

## **FUNCIONES DEL PERSONAL DE LA SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Con el fin de guiar la labor de los sistemas sanitarios respecto a la violencia de género, y hacer público el compromiso de atención a esta problemática; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció un conjunto de funciones a cumplir por el personal y las instituciones de salud:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.

- Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- Informar y remitir a las pacientes a las instituciones disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- Evitar actitudes poco solidarias o culpabilizantes ya que pueden reforzar el aislamiento, afectar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

## CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA

La violencia tiene costos desde el punto de vista físico y emocional en todas las personas ligadas a ellas. En tanto factor de riesgo, sienta las bases para que se puede afectar de modo integral la salud. Se ha mostrado que las mujeres que sufren violencia física y/o sexual por parte de su pareja pueden llegar a padecer un 60% más enfermedades de carácter físico que las que no son víctimas de tal violencia. (Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez, 2004)

<b>Mortales</b>	Homicidio	Suicidio	Muerte materna
<b>No mortales</b>	<b>Síntomas físicos</b>	Fracturas Contusiones Quemaduras Síntomas físicos inespecíficos	Hematomas Heridas Deterioro funcional
	<b>Trastornos reumáticos</b>	Cervicalgia Fibromialgia	Artritis
	<b>Trastornos cardiovasculares</b>	Infarto del miocardio	Angina de pecho
	<b>Síntomas neurológicos</b>	Balbuceo Tartamudeo incipiente Pérdida de la audición	Problemas visuales Cefalea Migrañas
	<b>Trastornos gastrointestinales</b>	Síndrome de colon irritable Reflujo gástrico Estreñimiento Dolor abdominal	Úlcera de estómago Dispepsia Diarreas
	<b>Trastornos urinarios</b>	Infecciones renales, de vejiga y del tracto urinario	
	<b>Sexual reproductiva</b>	Sangrado y fibrosis vaginal Embarazo no deseado Complicaciones del embarazo Trastornos ginecológicos	ITS/VIH Aborto espontáneo Bajo peso al nacer Inflamación pélvica
	<b>Salud mental</b>	Estrés postraumático Depresión	Trastorno del apetito Disfunción sexual

Ansiedad	Autoestima baja
Fobias	Abuso de sustancias
Trastorno de pánico	Intento suicida

Los efectos de los malos tratos a las mujeres pueden ser a corto y a largo plazos, muy dañinos, con lo que se compromete la integridad física y mental y hasta la propia vida. Similares costos tienen para los hijos, pero acrecentados por las enormes posibilidades del aprendizaje de la violencia.

En este sentido se destacan como consecuencias de las prácticas violentas en los hijos e hijas:

- Riesgo de alteración de su desarrollo integral
- Sentimientos de amenaza
- Dificultades de aprendizaje y socialización
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre
- Violencia transgeneracional, con alta tolerancia a situaciones de violencia

### PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA JUNTO AL AGRESOR. POSIBLES CAUSAS

Entre los factores más relevantes que inciden en que la mujer permanezca durante años al lado de su agresor o que incluso regrese con él tras haber logrado romper la relación, se destacan:

- La no percepción del maltrato
- La esperanza de que el agresor cambie
- La inseguridad y baja autoestima
- La indefensión aprendida<sup>3</sup>
- La dependencia emocional del agresor
- La vergüenza y el sentimiento de culpa
- La preocupación por hijos e hijas
- El sentimiento de fracaso

<sup>3</sup> Condición aprendida que se refiere a comportarse de forma pasiva, con la sensación de no poder hacer nada aunque exista la posibilidad real de transformar la situación.

- Los conflictos entre el debe ser y el querer ser
- El miedo a un futuro incierto y a la soledad
- El miedo a las represalias del agresor
- El aislamiento social

## MITOS

Los mitos son ideas falsas que se generalizan acerca de algún fenómeno. Estas ideas al considerarse verdaderas, definen una postura y como son el resultado de una información errada, determinan comportamientos inadecuados ante esta problemática. Por lo tanto, la presencia de mitos contribuye a que se mantenga vigente el fenómeno en cuestión.

Acerca de la violencia de género, se pueden identificar varios mitos.

**Mito 1.** La violencia de género solo ocurre en países subdesarrollados.

La violencia de género es universal, ocurre en países de todo el mundo, independientemente de su situación económica, su nivel de desarrollo, su situación geográfica, su régimen político, etc. El *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (Heise y García-Moreno, 2003) recoge datos sobre ocurrencia de violencia de género de 35 países de África, América, Asia y Europa.

**Mito 2.** La violencia de género solo ocurre en familias/personas con problemas económicos, bajo nivel cultural, residente en zonas marginales.

La violencia se da en personas de todos los grupos sociales, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación... (Carlshamre, 2005; Keltosova, 2002; Heise y García Moreno, 2003). Ni los maltratadores ni las mujeres maltratadas corresponden a ningún perfil concreto.

**Mito 3.** Los hombres que maltratan lo hacen porque fueron agredidos por parte de su familia o testigos de situaciones de violencia en algún momento de su vida.

El porcentaje de agresores que fueron víctimas (y/o testigos) de maltrato infantil estaría en torno al 10-40%, oscilando entre un 10 y un 80% según el país (Sanmartín et al., 2003, 2010).

**Mito 4.** Los hombres que maltratan a su pareja (o ex pareja) son enfermos mentales.

El *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (Heise y García-Moreno, 2003) concluye que *“la proporción de las agresiones por la pareja vinculadas con trastornos psicopatológicos suele ser relativamente baja en entornos donde este tipo de violencia es común”*

**Mito 5.** La violencia contra la pareja (o ex pareja) se debe al consumo excesivo de alcohol/droga.

De acuerdo a Sanmartín (2003, 2010), el consumo abusivo de alcohol y drogas sólo está presente en el 50% de los casos de violencia de género a escala mundial.

**Mito 6.** La violencia psicológica no es tan grave como la física.

Aunque las huellas no puedan apreciarse a simple vista y, en ocasiones, desaparezcan de la piel pasados unos días, la violencia psicológica es tan grave como la violencia física o las demás tipologías. Sus repercusiones tienen como escenario fundamental el funcionamiento emocional de las pacientes evidenciándose en dificultades para relacionarse con otros, dormir, alimentarse. Se daña la autoestima, es frecuente la aparición de ansiedad y depresión. El riesgo suicida aumenta. Todos estos elementos pueden constituir condiciones necesarias para que se generen otras formas de violencia.

## PRÁCTICAS PROFESIONALES INADECUADAS EN LA ATENCIÓN A LOS CASOS DE VIOLENCIA

En la atención a los casos de violencia, no siempre las prácticas profesionales están acorde a las demandas de los usuarios. En ocasiones, la presencia de mitos acerca de la violencia sustenta un conjunto de prácticas inadecuadas. A continuación se presentan un conjunto de éstas y en la Parte 3 de esta guía se ofrecen recomendaciones para superar las dificultades que puedan presentarse en este sentido.

### Práctica inapropiada 1

#### Reunir a la pareja para que aprenda a dialogar y comunicarse.

**Mito:**

La violencia ocurre porque la pareja no sabe dialogar ni comunicarse.

**Realidad:**

El empleo de la violencia responde a factores culturales, sociales e individuales. Las dificultades comunicativas pueden ser el reflejo del empleo de la violencia pero no la alternativa para solucionar esta problemática.

La mujer debe aprender a escoger los mejores momentos para dirigirse a su pareja, así él no la lastimará.

Las situaciones de violencia pueden generarse en cualquier momento. Al culpabilizar a las féminas y atribuirle dificultades comunicativas, se subvalora a la mujer y se refuerza la imagen del hombre violento, justificando este tipo de comportamiento.

### Práctica inapropiada 2

#### Frente a un reporte de violencia o la presencia de señales físicas de abuso, preguntarle a la mujer qué hizo para ocasionar esa situación.

**Mito:**

Cuando una mujer se porta mal, el esposo tiene el deber de corregirla.

**Realidad:**

No existe justificación para las prácticas violentas. La violencia no es una manera efectiva de educar y ningún ser humano tiene el derecho de violentar a otro.

Hay comportamientos femeninos que necesariamente requieren de castigo.	Ante un comportamiento inapropiado o intolerable para el hombre, éste puede asumir múltiples alternativas sin acudir necesariamente a la violencia.
--	---

Los hombres son violentos por naturaleza.	La violencia es una conducta que se aprende. Por lo tanto, no existe un sexo más violento que el otro.
---	--

### Práctica inapropiada 3

☞ **Aconsejar a una mujer, pedirle que tenga paciencia, que con el tiempo “los hombres se amoldan”.**

<b>Mito:</b> Si la mujer intenta complacer al hombre, él la querrá más y no la lastimará.	<b>Realidad:</b> El tiempo no hace desaparecer la conducta violenta, por el contrario, en la mayoría de las veces, la frecuencia y la severidad aumentan.
--	--

Las mujeres deben ser delicadas, comprensivas y cariñosas para que los hombres no las maltraten.	No existe justificación para que se emplee la violencia. Para frenar el maltrato es necesario aprender a escuchar y solucionar conflictos sin causar daño.
--	--

### Práctica inapropiada 4

☞ **Ante la evidencia de maltrato, restringir intervención al ámbito curativo de las lesiones.**

<b>Mito:</b> La obligación del personal de salud se restringe al ámbito clínico.	<b>Realidad:</b> La violencia contra la mujer es un problema de salud y el personal de los servicios debe estar dispuesto y capacitado para asumir su responsabilidad.
---	---

La violencia no es un problema de salud.	Por los daños, en ocasiones fatales, que ocasiona la violencia se considera un problema de salud; en tanto tiene repercusiones para el funcionamiento orgánico de las víctimas y los demás implicados, afectando directamente su calidad de vida.
--	---

La violencia es un problema de la pareja que sólo ellos deben solucionar.	Si bien se genera en un espacio íntimo como es la pareja, por las nefastas consecuencias de las prácticas violentas compete al personal de salud intervenir en pos de brindar el apoyo necesario para solucionar esta problemática.
---	---

### Práctica inapropiada 5

☞ **Intentar una reconciliación cuando la mujer denuncia el maltrato y/o desea separarse.**

<b>Mito:</b> Los hijos necesitan un padre, aunque éste sea violento.	<b>Realidad:</b> Los hijos necesitan padres que sepan y puedan educarlos sin malos tratos, que no los pongan en riesgo, los formen como hombres y mujeres que sepan afrontar y solucionar problemas sin acudir a la violencia.
---	---

Todas las parejas tienen problemas y por eso no tienen que separarse.	La durabilidad de una pareja debe responder al disfrute y el enriquecimiento personal que se logre. La violencia debilita el logro del disfrute con el otro.
La familia debe estar unida a cualquier costo.	La familia debe estar unida siempre que se logre crecimiento y bienestar entre sus miembros.

### Práctica inapropiada 6

#### Ofrecer antidepresivos o tranquilizantes a las mujeres que experimentan violencia.

##### Mito:

Las personas que sufren necesitan psicofármacos para aliviar el dolor.

##### Realidad:

Las mujeres que experimentan violencia deben estar alertas para defender su vida y los psicofármacos pueden disminuir su capacidad de respuesta.

### Práctica inapropiada 7

#### Culpar a la mujer maltratada por continuar viviendo con el agresor.

##### Mito:

Las mujeres son masoquistas.

##### Realidad:

Ninguna mujer desea recibir maltrato y humillaciones. Sin embargo, las mujeres que experimentan violencia en el contexto de las relaciones de pareja, muchas veces están atrapadas por el miedo y/o la vergüenza y no encuentran opciones a su problema.

## PROCESOS QUE DIFICULTAN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El reconocimiento de situaciones de violencia constituye el primer requisito para enfrentar esta problemática y brindar la atención que requiere. La propia naturaleza de este fenómeno hace que tanto el personal médico, los sujetos relacionados con las manifestaciones violentas y la sociedad en general, se enfrente a aspectos que impiden su identificación. En la medida en que estos se conozcan, aumentan las probabilidades de que el personal médico se acerque en su gestión a la situación real de cada paciente y sea más efectiva la atención que brinda.

Entre los procesos que dificultan la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la violencia de género se encuentran: la invisibilización, legitimación y naturalización.

La **invisibilización** se refiere a la carencia de reconocimiento en su desempeño cotidiano del empleo de la violencia. Los sujetos pasan por alto el uso de esta porque no perciben que lo que consideran habitual pueda catalogarse como violento. Por ejemplo: *“nos gritamos, nos decimos cosas pero eso es normal en una pareja”*.

La **legitimación** responde a la justificación que se le da al empleo de la violencia, al ¿por qué se comporta de ese modo alguien? Con regularidad se asocia a situaciones que pueden ser, en mayor o menor medida, coyunturales como: el exceso de trabajo, el desempleo, la presencia de alguna

patología y las ideas falsas (mitos) vinculadas a la violencia que con anterioridad se trataron. Desde la naturaleza errónea de estas consideraciones y el desconocimiento en materia de violencia, la población sitúa estos aspectos como sustento de las conductas violentas. Por ejemplo: *“si es su novio, es normal que la cele”, “ella se busca que él le dé...quién la manda a ser así”*.

**Naturalización de la violencia (tolerancia social):** tiene lugar cuando las prácticas violentas se normalizan, se hacen habituales, como un complemento más de la realidad, lo que potencia que se tolere. Se desvirtúa la verdadera dimensión del problema y se minimiza su gravedad. Por ejemplo: *“me grite y me ofende pero eso lo hace todo el mundo”, “cuando se hace la graciosa, él le mete dos empujones y ella siempre se arregla”*.

#### **COMO DIFICULTADES PARA EL RECONOCIMIENTO EN LAS EN LAS VÍCTIMAS, PUEDEN APARECER:**

- Miedos (a la respuesta del victimario, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos...)
- Baja autoestima
- Sentimiento de culpa
- Dependencia económica. Estar fuera del mercado laboral
- Vergüenza y humillación
- Deseo de proteger a la pareja
- Resistencia a reconocer lo que le está pasando
- Desconfianza en el sistema sanitario
- Restarle importancia a los acontecimientos
- Aislamiento y falta de apoyo social y familiar
- Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también)
- La costumbre de ocultarlo
- Mantenerse inmovilizada, desconcertada producto del trauma físico y psíquico

#### **CON RELACIÓN AL PERSONAL DE LA SALUD, DIFICULTA LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA:**

- No considerar la violencia como un problema de salud
- Experiencias personales respecto a la violencia
- Creencia de que la violencia no es tan frecuente o que es algo privado
- Intentar dar una explicación lógica a la conducta del agresor
- Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato)
- Miedo a empeorar la situación, a dañar la seguridad de la víctima o por la propia integridad

- Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales)
- Falta de privacidad e intimidad en las consultas
- La mujer viene acompañada por el posible victimario
- Sobrecarga asistencial
- Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica
- Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos para enfrentar esta problemática
- Deficiente formación en temas relacionados con la violencia de género

### INDICADORES DE SOSPECHA A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN SANITARIA

Si bien las manifestaciones de violencia de género pueden no ser visibles, resulta importante incorporar la búsqueda de sus señales en la asistencia que se realice, tanto dentro de la consulta como a nivel comunitario.

Con el objetivo de aumentar la eficacia en el desempeño de los profesionales de la salud, a continuación se precisa un conjunto de indicadores que pudieran reflejar la presencia del empleo de la violencia. Resulta importante señalar que a medida que aumenta el número de indicadores presentes en un paciente, se hace mayor la posibilidad de que se esté ante un caso de violencia. No obstante, estos aspectos pudieran ser el resultado de otros problemas de salud, por lo que se hace necesario no advertir el empleo de la violencia si antes no se ha profundizado en ellos.

### INDICADORES DE SOSPECHA EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER

#### 1. Antecedentes de haber sufrido o presenciado malos tratos en la infancia

#### 2. Antecedentes personales y de hábitos de vida

- Lesiones frecuentes
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos

#### 3. Problemas ginecobstétricos

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Historia de abortos repetidos
- Hijos con bajo peso al nacer
- Retraso en la solicitud de atención prenatal

#### 4. Síntomas psicológicos frecuentes

- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Inestabilidad emocional. Cambios de humor

## 5. Síntomas físicos frecuentes

- Cefalea
- Dolor crónico en general
- Molestias pélvicas
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal)
- Cervicalgia
- Mareo
- Dificultades respiratorias

## 6. Utilización de servicios sanitarios

- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Frecuentes hospitalizaciones
- Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

## 7. Situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer

- Situaciones de cambio vital:
  - Embarazo y puerperio
  - Noviazgo
  - Separación
  - Jubilación propia o de la pareja
- Situaciones que aumentan la dependencia:
  - Aislamiento tanto familiar como social
  - Migración, tanto interna o nacional como extranjera
  - Enfermedad discapacitante
  - Dependencia física o económica
  - Dificultades laborales y desempleo
  - Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
  - Ausencia de habilidades sociales
- Situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)

## 8. Información de familiares, amistades, o de otros y otras profesionales e instituciones de que la mujer está siendo víctima de malos tratos.

## INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

### 1. Características de las lesiones y problemas de salud

- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

### 2. Actitud de la mujer:

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:

- Temerosa en las respuestas
- Busca constantemente su aprobación

### **3. Actitud de la pareja**

- Solicita estar presente en toda la consulta
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el profesional

# **PARTE 3**

**RECOMENDACIONES PARA  
EL ABORDAJE MÉDICO DE  
LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

## RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE MÉDICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Si bien cada caso de violencia de género tiene particularidades, la atención que se le brinda debe cumplir con patrones generales que permitan obtener la información necesaria y brindar el apoyo para enfrentar esta problemática.

Teniendo en cuenta el reto que supone romper el silencio de las víctimas, brindarle el apoyo que demandan sin dejar de cumplir con el rol profesional y ofrecerle protección; a continuación se realizan sugerencias que facilitan el manejo de estas situaciones.

## SUGERENCIAS PARA EL ENCUENTRO CON LAS POSIBLES VÍCTIMAS

De acuerdo a la naturaleza del encuentro con las posibles víctimas, el personal de salud podrá sentar las bases para brindar la atención que amerita esta problemática.

A continuación se presentan algunas recomendaciones para facilitar este intercambio y el acceso a la información que se requiere.



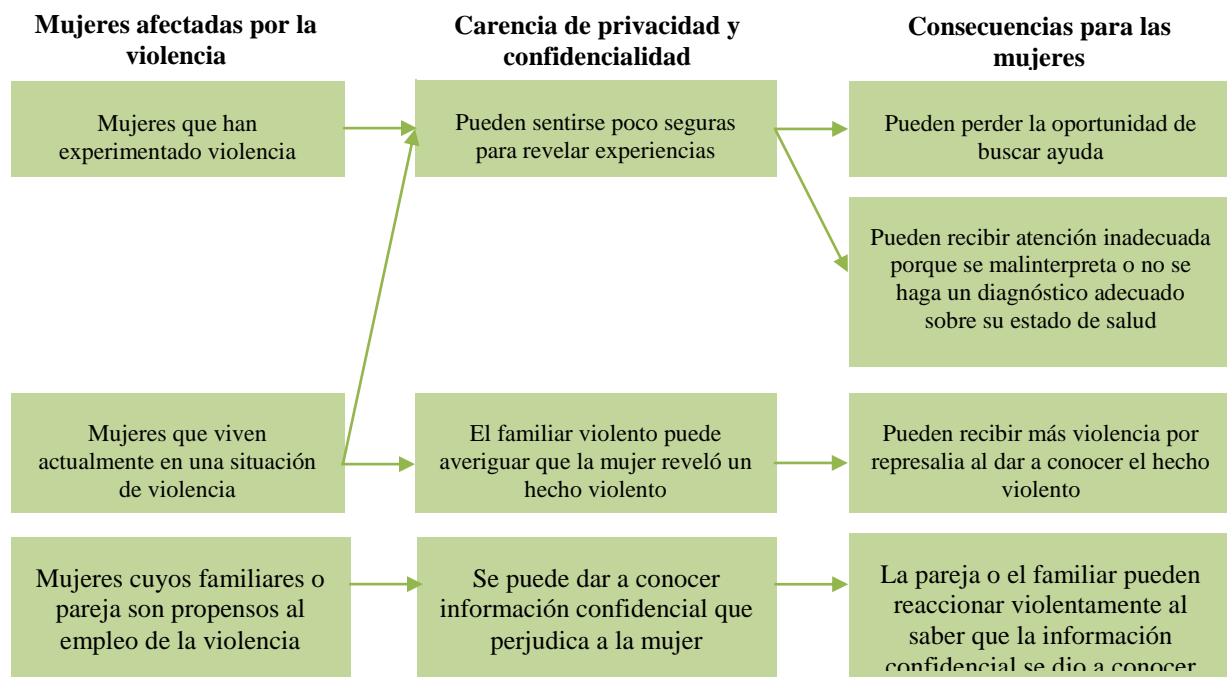
## ¿QUÉ HACER EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUE EL EMPLEO DE LA VIOLENCIA?

<b>NO</b> hacerla <b>sentir culpable</b> de la violencia que sufre.	
	Intentar <b>atenuar el miedo</b> que despierta la revelación del abuso.
<b>NO poner en duda</b> los acontecimientos, no emitir juicios.	
	<b>Ayudarle a ordenar sus ideas</b> y a tomar decisiones.
<b>Alertar</b> sobre los <b>riesgos</b> y <b>aceptar</b> su elección.	

	<b>NO crear falsas esperanzas.</b>
<b>NO infravalorar</b> la sensación de <b>peligro</b> expresada por la mujer.	
	<b>NO prescribir fármacos</b> que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer.
<b>NO criticar</b> la actitud o su ausencia de respuesta de la mujer.	
	<b>NO asumir una actitud paternalista.</b>

### PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

La privacidad y la confidencialidad son condiciones necesarias para enfrentar cualquier situación ligada a la violencia. Desde el punto de vista ético, la premisa de todo profesional de la salud radica en velar por la seguridad de sus pacientes. A continuación se presentan algunas repercusiones posibles ante la carencia de estas demandas éticas.



## ¿CÓMO PREPARAR Y PREPARARNOS PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

### PROFESIONALES DE LA SALUD:

- Incluir en la formación continua, aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral.
- Realizar sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- Desarrollar intercambio de experiencias con otros profesionales, incluso de otras instituciones.
- Colaborar en la formación de otros actores sociales y demás personal de la salud acerca de las estrategias para la detección y manejo de la violencia de género.
- Mantenerse informado sobre los servicios y las instituciones que brindan apoyo ante situaciones de violencia de género.

### EN LA ATENCIÓN A LA SALUD INTEGRAL DE LAS MUJERES:

- Informar a la comunidad colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- Fomentar, a través de la relación del personal de salud con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan su autonomía personal y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- Incluir, en las actividades de Educación para la Salud contenidos de sensibilización y prevención de la violencia de género.

### EN EL ÁMBITO COMUNITARIO:

- Desarrollar talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.