

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología



Tesis presentada en opción al título de Máster en Psicología Médica

**“Propuesta de guía psicoeducativa para la preparación sobre
violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al
Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario”**

Autora: Lic. Ena Lourdes Guevara Díaz

Tutora: Dra. Dunia M. Ferrer Lozano

Asesora estadística: MSc. Evelyn Fernández Castillo

Santa Clara

2016

Agradecimientos

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer el apoyo brindado por los directivos de salud en el municipio así como por los médicos y enfermeras pertenecientes al GBT 3 del policlínico XX Aniversario en Santa Clara.

Deseo reconocer la colaboración de los miembros del GCE “Género y Cotidianidad”, en especial a Arienny, Yoania, Yeniley y Ana Laura. Las consideraciones de colegas como Idania Otero, Yadira, Vanesa, Evelyn, Reinier y Patricia, contribuyeron en gran medida al curso de esta investigación.

Mi gratitud a Dunia Ferrer, tutora y amiga que ha guiado este estudio desde el respeto y la entrega sin reparos de tiempo y conocimientos.

Agradezco a mi familia el apoyo ofrecido, el aliento y la comprensión para lograr este proyecto; lo hago extensivo a Alberto, Luly, Betty así como a mis tíos Maryluz y Tony.

¡Muchas gracias a todos!

Resumen

RESUMEN

La investigación se realiza con el objetivo de proponer una guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.

El estudio se desarrolla a partir del enfoque mixto de investigación mediante un diseño secuencial compuesto por dos etapas. En la primera se desarrolla un diseño anidado concurrente de modelo dominante, con predominio cuantitativo. Se orienta a determinar las necesidades educativas que tienen los miembros de los equipos básicos de salud en torno a la violencia de género. En base a los resultados obtenidos, se lleva a cabo la etapa 2, comprometida con el desarrollo del diseño y la evaluación de la guía psicoeducativa. Para cumplir con este fin, se emplea un diseño exploratorio secuencial, donde ambos enfoques se utilizan con un mismo estatus.

Las necesidades educativas identificadas giran en torno al conocimiento de las particularidades de la violencia de género, así como la responsabilidad de estos profesionales de la salud en la detección y manejo de las situaciones de maltrato. Sobre la base de estos elementos, se diseña una guía psicoeducativa en la que se abordan generalidades acerca de esta forma de violencia, la responsabilidad del personal médico ante esta problemática y recomendaciones para el trabajo preventivo en el ámbito comunitario. Ésta fue evaluada de manera satisfactoria por los especialistas atendiendo a la calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad de la misma.

Finalmente se ofrecen conclusiones y recomendaciones que orientan estudios futuros.

Abstract

ABSTRACT

The research was carried out with the aim of proposing a psychoeducational guide on gender violence for the preparation of the Basic Health Teams belonging to the Basic Working Group 3 of the XX Anniversary Polyclinic.

The research is developed from the mixed research approach through a sequential design composed of two stages. A concurrent nested design of dominant model with quantitative predominance is developed in the first stage. It aims to determine the educational needs of members of basic health teams in relation with gender violence. Stage 2 was based on the results obtained. Its objective was to develop, design and evaluate the psychoeducational guide. A sequential exploratory design was used where both approaches were used with the same status.

The educational needs identified revolve around the knowledge of the particularities of gender violence, as well as the responsibility of these health professionals in the detection and management of abuse situations. A psychoeducational guide was designed which addresses general information of this form of violence, the responsibility of medical staff with this problem and recommendations for preventive work at the community. Specialists evaluated the guide as satisfactory taking into account the quality of the design, guiding capacity, effect and feasibility of the same.

Finally, conclusions and recommendations presented will be able to guide future studies.

Índice

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo I. Fundamentos teóricos de la investigación.....	6
1.1 Una mirada general a la violencia de género.....	6
1.2 La violencia de género como problema de salud	14
1.3 Sistema de salud cubano y violencia de género	21
1.4 La psicoeducación como alternativa para la preparación sobre violencia de género	30
Capítulo II. Marco metodológico	36
2.1 Paradigma de investigación.....	36
2.2 Alcance de la investigación	37
2.3 Diseño de investigación.....	37
2.3.1 Etapa 1	38
2.3.2 Etapa 2	44
2.4 Consideraciones éticas de la investigación.....	51
CAPÍTULO III. Análisis de los resultados	52
3.1 Resultados de la Etapa 1	52
3.2 Resultados de la Etapa 2.....	68
Fase 1. Diseño de la guía psicoeducativa.....	69
Fase 2. Evaluación de la guía psicoeducativa.....	71
Conclusiones	77
Recomendaciones.....	78
Referencias bibliográficas	
Anexos	

Introducción

INTRODUCCIÓN

En los últimos años la violencia de género se ha convertido en un importante problema social y de salud que impacta y domina en gran medida nuestra sociedad, sin importar clase social, religión, sexo, raza o nivel educativo.

Las conductas violentas son aprendidas y utilizadas en los marcos de una estructura relacional jerarquizada (real o simbólica) para mantener el poder mediante la producción de un daño, según Ferrer & Suz (2014). La categoría género no exime ni a hombres ni a mujeres de emplear y/o recibir la amplia diversidad de manifestaciones que tiene la violencia de género.

Teniendo en cuenta los daños en el plano físico y emocional que provoca, durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, acuerda que las prácticas violentas se asuman como una prioridad de salud pública en todo el mundo e insta a los estados miembros a evaluar la dimensión del problema en su territorio (OMS, 1996).

En cumplimiento de este mandato, investigaciones de los últimos diez años reportan que una de cada tres mujeres mayores de 15 años sufre violencia de género por parte de algún marido, novio, amante o expareja. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Esta misma fuente revela que en el año 2013, el 36% de las mujeres de América sufrió violencia en la pareja. Pero su prevalencia trasciende el nivel económico, ya que el porcentaje de asesinatos a manos de sus parejas alcanza el 45 % en los Estados Unidos y el 54 % en el Reino Unido. En España, de acuerdo a datos del Observatorio sobre Violencia de Género (2016), se reportan hasta febrero del 2016, 10 víctimas mortales de la violencia de género. En el último decenio (2006-2016) se superan las 50 víctimas por año.

Si bien predominan las investigaciones centradas en las mujeres como destinatarias de los actos violentos, la discriminación por motivos de género también atañe a los hombres como víctimas.

Los estereotipos de género que exigen de éstos fortaleza, frialdad emocional y rudeza contribuyen

a que solo el 2% de los hombres asuma que ha sido maltratado en diferentes espacios de relación (Corsi, 2003 citado en Ferrer, 2010).

En este sentido, se precisa que en los Estados Unidos, cada año más de ochocientos mil hombres son víctimas de maltrato por parte de sus mujeres. Datos de Washington apuntan que cada 37 segundos un hombre es herido por su compañera con pistolas, cuchillos u otros objetos, además de ser frecuentes las lesiones por patadas, rasguños, mordiscos, y jalones de cabello. En Bolivia, se estiman seis víctimas masculinas cada día.

Las investigaciones de Méndez, Valdez-Santiago, Viniegra, Rivera y Salmerón (2003), Martínez (2010), Rojas, Gutiérrez, Alvarado y Fernández (2015), reportan 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.

Las tendencias sexistas, ciertas creencias de orden sociocultural y profesional, así como algunas costumbres y actitudes, impiden al personal de salud visualizar el problema de la violencia de género. Estas actitudes marcan una diferencia significativa en el manejo integral de las víctimas, de acuerdo con Riquer (2009) y Novack (2010).

En el caso de Cuba, se han desarrollado investigaciones encaminadas a explorar la preparación del personal médico sobre la violencia de género, tal es el caso de Baró, Mariño y Ávalos (2011), Díaz (2012) así como Cruz y Torralbas (2013). Estas experiencias investigativas abarcan al personal de atención primaria de salud en las regiones occidentales y orientales del país, hasta el momento no se han reportado investigaciones que desde esta perspectiva brinden información de la región central del país. .

Los resultados obtenidos no son diferentes a los ofrecidos internacionalmente por Méndez, Valdez-Santiago, Viniegra, Rivera y Salmerón (2003), Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano, Kageyama - Escobar (2005), Montalván (2009), Menéndez, Pérez y Lorence (2013) y Rojas, Gutiérrez,

Alvarado y Fernández (2015), destacándose por la presencia de: 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 le corresponde a 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 y respuesta a esta problemática desde la sensibilidad y sentido común.

Si se tiene en cuenta que el sistema de salud cubano deposita en el nivel primario de atención médica, con el médico y la enfermera de la comunidad (Equipo Básico de Salud) como célula fundamental, la solución aproximadamente al 80% de los problemas de salud de la población según Domínguez-Alonso y Zacca (2011); los resultados mostrados con anterioridad destacan las limitaciones de nuestros profesionales de la salud para la detección, manejo y prevención de las problemáticas de su comunidad desde una visión holística del ser humano.

Atendiendo a los elementos antes expuestos y a la carencia de investigaciones en la región central del país que reflejen la realidad del personal médico ante la violencia de género así como de recursos dirigidos a prepararlos en el tema; la presente investigación centra su atención en los equipos básicos de salud pertenecientes a dos comunidades del municipio de Santa Clara (Dobargane y Virginia) identificadas con altos índices de violencia de género por el Secretariado Provincial de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC, 2014).

Por lo tanto, se asumió como problema de investigación:

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

A partir de estos elementos se formularon los siguientes objetivos de la investigación:

Objetivo general:

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

Objetivos específicos:

1. Determinar las necesidades educativas sobre violencia de género que tienen los miembros de los equipos básicos de salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.
2. Diseñar una guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud del mencionado Grupo Básico de Trabajo.
3. Evaluar la guía psicoeducativa mediante el criterio de especialistas.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, la investigación ofrece un primer acercamiento a la preparación sobre violencia de género de profesionales de la salud en Santa Clara, y específicamente en dos comunidades que pese a la alta incidencia de las prácticas violentas que se han reportado en ellas, no se han privilegiado como escenarios investigativos. Además, proporciona una guía psicoeducativa teniendo en cuenta que esta modalidad favorece la transmisión de conocimientos, ayuda a argumentar opiniones y su valor radica en el aporte de información. (Cueto, 2010)

Por lo tanto, el estudio tiene un valor fundamentalmente práctico. Contribuye a la preparación sobre violencia de género de estos profesionales de la salud, destacando su responsabilidad en el abordaje de esta problemática tanto desde el ejercicio profesional como desde la labor comunitaria. Además, facilita vías para orientar el trabajo preventivo.

El informe de investigación se organiza en tres capítulos. El primero se dedica a los fundamentos teóricos que guiaron el estudio, se profundiza en los postulados de la violencia de género como

problema social y de salud, la atención médica a esta problemática y la psicoeducación como marco que sustenta la propuesta de guía.

El segundo capítulo recoge las concepciones metodológicas del estudio. Se presenta el diseño de investigación empleado y las particularidades de cada una de sus etapas así como los instrumentos para la recogida de información y las directrices para el análisis de los datos. Se añaden los fundamentos metodológicos que sustentan el diseño y evaluación de la guía psicoeducativa. El tercer capítulo reúne el análisis de los datos obtenidos en las diferentes etapas de la investigación. También se ofrecen las conclusiones derivadas de los análisis realizados y se proponen recomendaciones. Además, se presentan las referencias bibliográficas utilizadas para la consecución de la investigación y se incorporan anexos con los protocolos de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos así como íntegramente la guía psicoeducativa.

Capítulo I

Fundamentos teóricos

CAPÍTULO I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El capítulo recoge las principales concepciones teóricas que han servido de sustento para el desarrollo de la investigación.

1.1 Una mirada general a la violencia de género

Las implicaciones socioculturales que para todos los estratos y sistemas socioeconómicos tienen las condiciones políticas, económicas y culturales devenidas de la desigualdad, propician una emergencia de hechos violentos como una de las formas más usuales para “resolver” conflictos entre los seres humanos. (Caballero, 2002).

La violencia es uno de los fenómenos más extendidos en la actualidad y su impacto se advierte no sólo en situaciones de abierto conflicto, también en la resolución de problemas, a veces muy simples, de la vida cotidiana. En esa medida, se puede afirmar con certeza, que muchas personas, en alguna etapa de sus vidas, han sido víctimas de violencia. (Quiñones, Arias, Delgado & Tejera, 2011)

Se concuerda con Ferrer y Suz (2014) cuando definen la violencia como el conjunto de manifestaciones conductuales, aprendidas y utilizadas de forma consciente o no, en los marcos de una estructura relacional jerarquizada (real o simbólica) para mantener el poder mediante la producción de un daño a sí o a otros, apareciendo de modo permanente o cíclico.

La violencia más que una conducta establecida, es un conjunto amplio y difuso de comportamientos que además de incluir un componente objetivo, la producción de un daño, pasa por la apreciación personal y de la cultura.

En este sentido, Almenares, Louro & Ortiz (1999) afirman que los diferentes grados, niveles y concepciones de la violencia están en correspondencia con los valores, normas y creencias de cada país, época y clase social. Por ende, el establecimiento de la frontera entre los comportamientos

aceptables y los comportamientos abusivos, y la definición de la respuesta a la violencia, responde a la cultura en la que se desarrolle la población. (Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2002).

Uno de los aspectos sociales que matizan el empleo de la violencia es el género. González & Castellanos (2003), Alfonso (2006) y Machado & Parra (2011), refieren que éste consiste en la construcción sociocultural e histórica que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas, expectativas, características, funciones, significados, identidades, relaciones y comportamientos, en función de sus cuerpos. Es una concepción de lo masculino y femenino que ha fraguado cada sociedad.

En su carácter de construcciones subjetivas –lo masculino y lo femenino- se constituyen bajo la influencia de los preceptos y rasgos propios de cada contexto socio-histórico y cultural, y esto hace posible la existencia de masculinidades y femineidades heterogéneas y sus transformaciones en el tiempo.

Se concuerda con Machado & Parra (2011) cuando afirman que los procesos de socialización son las bases para que los individuos se configuren como miembros de una sociedad concreta. En ellos transcurre la transmisión y adquisición de la cultura de la sociedad, se interiorizan los códigos de comportamiento de lo masculino y lo femenino. Ello tiene por escenario los diversos ámbitos o agentes socializadores como son la familia, escuela, grupos de pares o coetáneos, organizaciones sociales y comunitarias, centros laborales, instituciones religiosas, medios de comunicación social. Durante la socialización, los sujetos se desenvuelven como individuos activos, que hacen suyo lo social, reelaborándolo de modo personalizado, individualizado, a partir de sus características de personalidad y experiencias.

Como resultado de este proceso se va construyendo la identidad de género. González & Castellanos (2003) señalan que ésta es el resultado de un proceso evolutivo en el que se interiorizan las expectativas y normas sociales relativas al dimorfismo sexual y hace referencia al sentido

psicológico del sujeto de ser varón o mujer y a su relación con los comportamientos sociales y subjetividades que la sociedad instituye como femeninos o masculinos.

El rol de género es la expresión pública de la identidad asumida mediante el desempeño de diversos papeles en la vida social, tales como los roles de padre, madre; esposo, esposa; amigo, amiga; etc.

El ejercicio de estos roles se manifiestan de manera particular. El individuo interpreta, constituye y expresa en su conducta cotidiana “los modelos genéricos que para cada sexo, la sociedad en que vive, ha instituido o establecido”. (Machado & Parra, 2011)

La naturalización de estos elementos genera la presencia de estereotipos de género, que constituyen simplificaciones e ideas preestablecidas socialmente forjadas. Se generalizan y atribuyen a las personas por el mero hecho de pertenecer a uno u otro sexo. Los estereotipos de género conducen a la atribución de ciertas particularidades a personas o grupos y sobre esta base, se les prejuzga y valora. Se establecen como ideas que se cristalizan, legitiman y perpetúan con respecto a las características que se presuponen propias de uno u otro género.

En este sentido, mediante las investigaciones de Castañeda, Astraín, Martínez, Sarduy, & Alfonso (1999), Castañeda, Corral & Barzaga (2010), Machado & Parra (2011) y en la sistematización de los estudios de género en Cuba de Proveyer (2014) se constata que en la sociedad cubana prevalece la concepción de que las mujeres tienen que asumir el papel "natural" del cuidado del hogar y la familia. En cambio, a los hombres se les han atribuido las actividades que generan ganancias, la supremacía en el espacio público, con la capacidad de decisión y, por ende, de poder. Además, Caricote (2006) y Caro (2008) señalan que a la mujer se le atribuye debilidad, falta de inteligencia, tendencia a equivocarse, indecisión. Se espera que sea bonita, obediente, sumisa, fiel, honesta, laboriosa y dócil. En cuanto a los hombres, se les asocia con independencia, fuerza física, proveedor del hogar y protector de la familia, potencia sexual, rudeza y distanciamiento emocional.

Socialmente se ha establecido la supremacía del género masculino vinculándolo al poder, en detrimento de lo femenino que se asocia a debilidad. Si bien en las últimas décadas las mujeres han ido conquistando de modo creciente el espacio público, se mantiene arraigada la perspectiva de que les pertenece el espacio privado por excelencia.

A partir de la interiorización de estos elementos, se ha fomentado la dicotomía entre lo femenino y lo masculino perpetuando las diferencias existentes entre hombres y mujeres, de acuerdo con Pérez & Hernández (2009). Sobre esta base, se concuerda con Machado & Parra (2011) cuando plantean que los individuos ejecutan expectativas y exigencias colectivas según el papel asignado y al mismo tiempo demandan tales expectativas y exigencias a su contraparte y lo asumen como su forma de ser, sentir, y actuar.

El ejercicio de estos roles ha conducido a la búsqueda de mecanismos para acentuar el desequilibrio de poder atribuido, y en muchas ocasiones asumido, de acuerdo a los modelos de género; dando al traste con el ejercicio de la violencia de género.

Violencia de género es una traducción del inglés *gender violence*. Este término comienza 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)

Su origen se encuentra en los movimientos feministas que analizaron y conceptualizaron lo que hasta entonces se consideraban “casos individuales” de agresiones. Esta sistematización permitió hacer visible el carácter universal de la violencia de género, con las dimensiones y gravedad que hoy se reconocen. (Amorós, 2005 citado en Machado & Parra, 2011).

Múltiples estudiosos del tema, tanto en el marco nacional como internacional, han intentado definir este término. Las propuestas responden a contextos y posturas diferentes, no obstante se pueden establecer las siguientes regularidades en cuanto al abordaje de este fenómeno:

- Se sustenta en un desequilibrio de poder donde el hombre ejerce el dominio (Ruiz, Plazaola & Vives, 2003; Díaz & Arencibia, 2010; Baró, Mariño & Ávalos, 2011)
- Desarrollo en el ámbito privado, privilegiando el familiar (Valdez, Salazar, Hernández, Domínguez, Torre & Barbosa, 2002; Díaz & Arencibia, 2010; Baró, Mariño & Ávalos, 2011; Espinosa, Alazales, Madrazo, García & Presno, 2011; Quiñones, Arias, Delgado & Tejera, 2011)
- Empleo de manifestaciones de naturaleza física principalmente aunque no se descarta la sexual y psicológica (Díaz & Arencibia, 2010; Baró, Mariño & Ávalos, 2011)
- Mujer como víctima de las agresiones (Valdez, Salazar, Hernández, Domínguez, Torre & Barbosa, 2002; García & Lila, 2003; Díaz & Arencibia, 2010; Espinosa, Alazales, Madrazo, García & Presno, 2011; Quiñones, Arias, Delgado & Tejera, 2011)

Este último elemento ha condicionado que el término violencia de género se confunda con el de violencia contra la mujer. Como su nombre lo indica, éste último centra su atención en los comportamientos violentos que recibe la mujer por el mero hecho serlo. Al asumir el género como condición para las prácticas violentas, tanto el masculino como el femenino pueden convertirse en receptores de estos comportamientos.

Tomando en consideración los aspectos abordados, en la presente investigación se asume la definición de violencia de género propuesta por la Organización de Naciones Unidas (1995) que la reconoce como: *“todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”*.

Esta propuesta se toma considerando que al ubicar el determinante de las prácticas violentas en la condición de género amplía las perspectivas para el análisis, reconociendo la igualdad de

posibilidades de lo femenino y lo masculino. En este sentido se concuerda con Trujano, Martínez & Camacho (2010) cuando afirman que la construcción social de lo femenino y lo masculino le otorga incuestionablemente una superioridad física y psicológica al varón en diferentes contextos como el familiar, laboral, social y jurídico y se conforma como un imperativo que aprisiona a hombres y mujeres en un marco de creencias rígido y paralizante. De ahí que muchas víctimas de ambos géneros se mantengan en silencio en relaciones altamente destructivas en un intento por cumplir con la exigencia social de su “deber ser”.

Por lo tanto la propuesta de la Organización de Naciones Unidas (1995), facilita que se extienda la concepción de relaciones hombre – mujer (perspectiva inter-genérica) como marco fundamental de la violencia de género. En tanto el maltrato esté basado en el género, pueden considerarse las relaciones entre miembros de un mismo género (perspectiva intra-genérica). Con lo cual el análisis de las prácticas violentas de género lograría un mayor alcance y cercanía a las complejas relaciones cotidianas que la sustentan.

El reconocimiento de espacios públicos y privados como escenarios para el empleo de la violencia de género, trasciende el privilegio otorgado desde el campo investigativo al contexto familiar, incorporando al centro de estudio, de trabajo, a la comunidad como espacios públicos en los que pueden desarrollarse, incluso en coexistencia con el privado, las prácticas violentas.

La violencia de género se expresa mediante una amplia gama de manifestaciones de diferente naturaleza. De acuerdo con Delgado (2010) resulta importante insistir en que esta violencia se puede ejercer con agresiones físicas, con estrategias psicológicas o con la mera reproducción de patrones relacionales de dominación-subordinación.

Como tendencia, en el plano investigativo se ha hecho hincapié en las agresiones físicas como rostro más notable de las agresiones. Al respecto se concuerda con Delgado (2010) cuando afirma que identificar violencia de género con la forma física, es como identificar robo con desfalco

millonario; es como si pusiéramos un umbral por debajo del cual la categoría no pudiera ser aplicada.

Para el abordaje de las manifestaciones de la violencia de género, se asume la clasificación propuesta por Sánchez y Hernández (1999) que centra la atención en los daños que provocan estos comportamientos. A partir de estos aspectos y las consideraciones de Bott, Morrison, & Ellsberg (2005), Fernández (2007), se determinan cuatro tipologías de la violencia de género con manifestaciones específicas:

- Violencia física: 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.

Se puede manifestar mediante: patadas, sacudidas, pinchazos, bofetadas, arañazos, cuchilladas, quemaduras, puñetazos, mordeduras, empujones, intento de asfixia, pegar con objetos, arrojar objetos o sustancias.

- Violencia psicológica: actos u omisiones que provocan daños en la estabilidad emocional del otro y afectaciones en la estructura de sus personalidad.

Supone el empleo de: 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 escuchar.

- Violencia sexual: cualquier acción u omisión que invada el espacio íntimo de la persona y atente contra su libertad sexual, degradación del cuerpo y su sexualidad.

Se expresa a través de: celos, vigilancia, limitar la decisión sobre fecundidad, exposición a escenas eróticas sin desearlo, juegos sexuales forzados, ser abiertamente infiel, poca responsabilidad ante el control de embarazo y/o ITS, relaciones sexuales forzadas, negar necesidades sexo-afectivas, violación, crítica de la respuesta sexual y exigir vestimenta sensual.

- Violencia económica: acciones u omisiones que afectan la subsistencia económica y pretenden el control de los ingresos, recursos y bienes del otro.

Consiste en: limitar las decisiones que implican dinero, decidir sobre los bienes del otro, 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.

Las dinámicas cotidianas favorecen la coexistencia de estas manifestaciones en los múltiples contextos en los que se desarrollan tanto hombres como mujeres. A criterio de Artiles (2000) esto provoca que se vaya volviendo imperceptible y se despersonalice, careciendo del desprecio que requiere en la conciencia individual y colectiva aunque con certeza se trata de una realidad compleja que ante la posibilidad de percibirla se ofrece resistencia y se dificulta pensar en ella.

Estudios realizados por el Instituto Canario de la Mujer (2007) hacen referencia a una serie de procesos psicosociales que dificultan la comprensión, el reconocimiento y la respuesta a la violencia de género que, al mismo tiempo colaboran con su perpetuación. Entre estos procesos se encuentran:

- Invisibilización: cuando se normaliza la violencia considerándola como algo habitual que siempre ha existido, como un proceso natural del ser humano.
- Legitimación o justificación: vínculo que se establece entre las prácticas violentas y situaciones coyunturales como la presión laboral, conductas adictivas, patologías mentales, relaciones sociales, autonomía económica, entre otras.
- Naturalización de la violencia (tolerancia social): transmisión y consolidación en la sociedad de determinados discursos, creencias o mitos que intentan dar una explicación no racional de la realidad y logran desvirtuar la verdadera dimensión del problema y minimizar su gravedad.

Estos procesos si bien complejizan el acercamiento a esta problemática, no han constituido impedimentos absolutos para que las investigaciones sobre violencia de género logren mostrar los matices que adopta la misma en la cotidianidad. En este sentido, Larena y Molina (2010) afirman que este tipo de violencia ha pasado de ser una cuestión de la esfera privada, donde no se esperaba que nadie ajeno a este ámbito interviniera, a ser el centro de un debate público; tomando como premisa que una sociedad que pretenda garantizar condiciones de calidad de vida, no puede permitir realidades de este tipo.

En el caso de Cuba, un componente esencial para lograr ese empeño lo constituye el sector sanitario. Como premisa del país, la salud trasciende los marcos institucionales y llega hasta los hogares, acercando los profesionales de este medio a la realidad de cada ciudadano. Estas condiciones lo privilegian para la detección, manejo y prevención de la violencia de género.

1.2 La violencia de género como problema de salud

El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época, la cultura y con las condiciones de vida de la población. La idea que tienen los individuos de su salud está siempre limitada por el marco social en el que actúan.

Durante siglos la salud fue entendida como *“ausencia de enfermedad”* hasta que en 1947 la Organización Mundial de la Salud modifica el concepto y pasa a definirla como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”*.

No fue hasta la década del 70 cuando Terris (1975) propone una nueva definición de este constructo: *“la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad”*.

Terris introduce un aspecto subjetivo de sentirse bien y un aspecto objetivo de capacidad funcional. Elimina la palabra “completo” aduciendo, correctamente a nuestro juicio, que la salud no es un

absoluto sino que hay distintos grados de salud. Y separa el término "enfermedad" y el de "malestar" ya que es posible coexista el "sentirse bien" y la enfermedad.

El avance conceptual que supone la propuesta de este autor, requiere la exclusión de la idea de "estado". Esta es coincidente con la visión mecanicista y reduccionista distintiva de la concepción hegemónica de la medicina tradicional. Por el contrario, Terris (1975) resalta la visión dinámica y cambiante que tiene el flujo de la vida, y de la propia salud. Conduce a entender esta última como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones dinámicas, ecológicas, culturales, políticas, económicas, vitales e históricas propias, en donde el individuo se autodetermina.

En consonancia con esta postura, el modelo bio-psico-social de la salud insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Cualquier enfermedad, desde este modelo, es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma (Martínez-Donate & Rubio, 2015).

En este sentido, el género constituye un elemento que determina grandes diferenciaciones. El proceso de salud-enfermedad se manifiesta de forma diferente entre hombres y mujeres porque está influenciado por factores diferentes para cada uno. Las desigualdades de género en salud pueden ser de tipo biológica, muy relacionada con la anatomía y fisiología que caracteriza a cada sexo. Éstas son difícilmente evitables. Otra forma de desigualdades de género en salud son definidas como sociales o iniquidades de género que pueden ser evitadas o eliminadas mediante dos formas fundamentales, la igualdad de derechos que garantiza que las leyes favorezcan de la misma manera a hombres y mujeres, y propiciando la posibilidad de otorgar a cada ser humano oportunidades

para resolver sus necesidades y alcanzar sus propósitos y que cuenten con las posibilidades de acceso y recursos en materia de salud. (Castañeda, Corral & Barzaga, 2010)

Por lo tanto, se coincide con Castañeda, Corral & Barzaga (2010) cuando apuntan que la salud pública tiene que organizar los esfuerzos de la sociedad de forma equitativa para satisfacer las necesidades de los dos sexos. Los estilos de vida y los riesgos diferenciados tanto en el espacio público como en el privado, conllevan a daños de la salud que pueden ocasionar hasta la muerte, diferenciada también para mujeres y hombres.

En este sentido, durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, la Organización Mundial de la Salud, acordó considerar a la violencia contra la mujer como un problema de salud y una prioridad para este sector en todo el mundo. Desde la postura teórica que se asume la violencia contra la mujer constituye sólo una arista de un fenómeno mayor que agrupa además a los hombres. En tanto se asuma al género como determinante de las prácticas violentas, la exclusión en el análisis de los matices y consecuencias que pudiera tener, en este caso para los hombres la violencia de género por el mero hecho de su masculinidad, también pudiera considerarse como una forma de violencia.

¿Qué se entiende por problema de salud? De acuerdo con la Organización Mundial de Médicos Generales (1996) un problema de salud lo constituye 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. Por lo tanto, abarca desde un síntoma, una alteración familiar hasta un factor de riesgo.

¿Por qué la violencia de género se puede considerar como un problema de salud pública?

La violencia tiene costos desde el punto de vista físico y emocional en todas las personas ligadas a ella. En tanto factor de riesgo, sienta las bases para que se pueda afectar de modo integral la salud.

Se ha demostrado que las víctimas de violencia física y/o sexual pueden llegar a padecer un 60%

más de enfermedades de carácter físico que las personas que no han tenido este tipo de experiencia. (Plazaola-Castaño & Ruiz, 2004)

En cuanto a las consecuencias del empleo de la violencia, Quiñones, Arias, Delgado, & Tejera (2011) afirman que estas formas de comportamiento generan numerosas secuelas que 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 y sexual.

A partir de las investigaciones de Matud (2004); Domínguez, García y Cuberos (2008); Escribà, Ruiz, Montero, Vives y Plazaola (2010); Patró y Rivas (2011); Montes-Berges, Aranda y Castillo-Mayén (2011); Aranda, Montes-Berges, Castillo-Mayén, Higuera (2014), las consecuencias de las prácticas violentas se clasifican en dos grupos: mortales y no mortales, de acuerdo a la magnitud de los daños.

Como consecuencias mortales se asumen: homicidio, suicidio y muerte materna. En el caso de las no mortales, la naturaleza de los síntomas es mayor y más diversa:

- Síntomas físicos: fracturas, contusiones, quemaduras, síntomas físicos inespecíficos, hematomas, heridas y deterioro funcional.
- Trastornos reumáticos: cervicalgia, fibromialgia y artritis.
- Trastornos cardiovasculares: infarto del miocardio y angina de pecho.
- Síntomas neurológicos: balbuceo, tartamudeo incipiente, pérdida de la audición, problemas visuales, cefalea y migraña.
- Trastornos gastrointestinales: síndrome de colon irritable, reflujo gástrico, estreñimiento, dolor abdominal, úlcera de estómago, dispepsia y diarreas.
- Trastornos urinarios: infecciones renales, de vejiga y del tracto urinario

- Sexual reproductiva: sangrado y fibrosis vaginal, embarazo no deseado, complicaciones del embarazo, trastornos ginecológicos, ITS/VIH, aborto espontáneo, bajo peso al nacer e inflamación pélvica.
- Salud mental: estrés postraumático, depresión, ansiedad, fobias, trastorno de pánico, trastorno del apetito, disfunción sexual, autoestima baja, abuso de sustancias e intento suicida.

En cuanto a este último grupo de síntomas, Quiñones, Arias, Delgado, & Tejera (2011) señalan que en el plano emocional la violencia pudiera generar pérdida de la dignidad, seguridad y confianza en sí mismo 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)

En la medida que aumente la diversidad y cantidad de síntomas en el paciente, se harán mayores las probabilidades de estar implicado en situaciones de violencia. Los estigmas sociales en cuanto a la violencia hacen que durante la consultas en los centro de salud, el maltrato se presente de diversas formas, ya sea de manera no explícita (malestar físico, hiperfrecuentación, somatización); en forma aguda (lesiones físicas, abuso sexual), con alteraciones conductuales, o bien a través de malestar en la salud sexual y reproductiva (Peñas y Muñoz, 2012)

Estos elementos denotan la necesidad de que el sector de la salud, en aras de cumplir con su encargo social, no descuide las señales de violencia en su ejercicio profesional. De forma detallada Bott, Guedes, Claramunt & Guezmes (2004) exponen las razones por las que la violencia de género debe formar parte de las rutinas diagnósticas de los profesionales de la salud:

- Si el personal de salud no pregunta acerca de la violencia, pueden realizar un diagnóstico errado de las víctimas o no ofrecerles la atención adecuada.
- Los proveedores de salud se encuentran en una posición privilegiada para identificar los casos de riesgo y modificar las actitudes hacia la violencia de género.

Las instituciones de salud mantienen el contacto permanente con la mayoría de la población adulta de la zona en la que se encuentran ubicados. Esto facilita la detección de los posibles casos y la generación de acciones preventivas con amplias posibilidades de llegar a todos los miembros de 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 mejoras 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 las éstas y contribuir a alcanzar una visión más integrada y holística de la salud.

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

Dada la prevalencia de la violencia de género, la mayoría de los proveedores de salud, 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 del paciente, su bienestar y hasta su vida. Por ejemplo, el personal de salud puede causar perjuicios, sin advertirlo, al:

- Expresar opiniones negativas acerca de la víctima después que esta ha sido golpeada o violada.
- Hablar sobre las lesiones de un paciente en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un potencial victimario que está esperando afuera.
- Violar la confidencialidad al compartir con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la víctima, 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 persona puede encontrarse en peligro.
- Regañar o negar ayuda a una víctima que en un primer momento rompió la relación con el victimario y luego regresó o que lo denunció y retiró posteriormente la denuncia.

En consonancia con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud (2002) establece un conjunto de funciones para el personal y las instituciones de salud con el fin de guiar su labor respecto a la violencia de género y hacer público el compromiso de atención a esta problemática:

- Preguntar con regularidad a todos los pacientes sobre la existencia de prácticas violentas, 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.
- Incorporar la violencia como una posible causa de los problemas de salud de los pacientes.
- Informar y remitir a los pacientes a las instituciones disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.

- Estimular y apoyar a las víctimas 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 y restar la probabilidad de que las víctimas busquen ayuda.
- Establecer coordinaciones con otros y otras profesionales e instituciones.
- Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

Estas directrices propuestas por la Organización Mundial de la Salud si bien se han establecido como marco general para todas las naciones, cada país de acuerdo a las peculiaridades de su sistema de salud ha intentado adaptarlas.

1.3 Sistema de salud cubano y violencia de género

Tras el triunfo de la revolución en 1959, comienzan a darse en Cuba acelerados cambios sociales, que en el ámbito sanitario están encaminados a revertir las precarias condiciones de salud heredadas del capitalismo. La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) para toda la población, bajo la dirección de un organismo único, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) permite que la salud pase a ser un derecho del pueblo, estableciéndose su gratuidad para toda la población. (De la Torre, López, Márquez, Gutiérrez y Rojas, 2004)

De acuerdo con Domínguez – Alonso & Zacca (2011), los principios rectores del sistema de salud cubano son los siguientes: carácter estatal y social de la medicina; accesibilidad y gratuidad de los servicios; orientación profiláctica; aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y la técnica; participación de la comunidad e intersectorialidad; colaboración internacional, centralización normativa y descentralización ejecutiva.

A partir de las modificaciones ocurridas en la década del sesenta, el sistema de salud estableció tres niveles en la atención médica:

- Nivel terciario: atiende alrededor del 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.
- Nivel secundario: cubre cerca de 15% de los problemas de salud. Su función fundamental es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial.
- Nivel primario: debe dar solución aproximadamente a 80% de los problemas de salud de la población y ofrecer las acciones de promoción y protección de la salud. Aunque estas actividades pueden llevarse a cabo en cualquier unidad del SNS, se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico de la familia. Estas unidades se corresponden, esencialmente, con unidades de subordinación municipal.

Si bien cada uno de estos niveles posee distinciones en cuanto a los servicios que presta y el alcance de sus acciones, se concuerda con Rojas (2011) cuando afirma que la Atención Primaria de Salud constituye un sustento imprescindible para lograr el total acceso y cobertura de la población con los servicios de salud.

Esta relevancia se sustenta en la implementación a partir de 1984 del modelo del médico de familia, generando un cambio importante en la organización y métodos de la salud pública. Se necesitaba situar a esos profesionales como responsables de la salud de los individuos, las familias y el medio.

(Alemañy y Díaz – Perera, 2013)

Sus principales actores desde entonces han sido el médico de familia (especialista en Medicina General Integral) y un enfermero o enfermera. La unión de ambos profesionales se reconoce desde

la atención primaria de salud como equipo básico de salud. Sus integrantes trabajan y viven en la propia comunidad que atienden. (Franco, Kennelly, Cooper, Ordúñez-García, 2007)

Los equipos básicos de salud se orientan a garantizar mayor accesibilidad a los servicios que cubre la atención primaria. Su objetivo general radica en mejorar el estado de salud de la población. Por lo tanto, su desempeño se orienta a crear la posibilidad de conocer y atender con la periodicidad requerida a la totalidad a los miembros de su comunidad, conocer las situaciones de riesgo de los pacientes y crear en la población un estilo de vida saludable. (Knapp, 2007).

Para alcanzar estos propósitos aplican un enfoque integral que va desde la prevención, promoción hasta la rehabilitación, utilizando como instrumento esencial el análisis de las situaciones de salud. Este análisis demanda la integridad, siendo imprescindible la participación comunitaria e intersectorial. (Domínguez – Alonso & Zacca, 2011)

La esencia de estos profesionales radica en el acercamiento a las problemáticas reales de la comunidad desde una perspectiva amplia que incluya tanto las alteraciones físicas como las emocionales de la población. En este sentido, las connotaciones de las prácticas violentas de género para la salud de los individuos tanto en el plano clínico como psicológico, la convierten en una problemática de salud demandante de atención médica; máxime cuando los comportamientos violentos ganan cada vez mayor terreno en el contexto comunitario.

Por esta razón, se concuerda con Fernández (2007) cuando refiere que los equipos básicos de salud desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección precoz, tratamiento y en la orientación sobre la violencia de género, en el que es imprescindible un abordaje coordinado y complementario con otros profesionales e instituciones si se espera que sean efectivas las acciones desarrolladas.

En un intento de sistematización, Alfonso (2006) realiza un recuento de las características que ha adoptado el manejo de estos profesionales de la salud a la violencia de género, esgrimiendo las siguientes características:

- Persiste una baja percepción de la violencia como problema de salud en los profesionales del sector de la salud.
- Pobre identificación de las situaciones de violencia psicológica y sexual en la vida cotidiana.
- Bajo nivel de búsqueda activa de morbilidad por violencia como parte del diagnóstico y análisis de la situación de salud.
- Limitados espacios especializados, en el sector de la salud, para la atención de sobrevivientes de la violencia.

Las dificultades que detecta esta autora en el manejo del personal médico a la violencia de género, revelan un distanciamiento entre sus acciones y los propósitos generales definidos desde el SNS encaminados a mejorar en un sentido amplio, el estado de salud de los pobladores de la comunidad. Se considera que en la génesis de estas problemáticas se encuentran dificultades en la preparación sobre el tema, tanto en la formación pre profesional como después de graduados.

En el contexto nacional, si bien se han desarrollado múltiples investigaciones que ofrecen caracterizaciones del empleo de la violencia en disímiles espacios comunitarios, no constituye una tendencia abordar esta temática desde la perspectiva de los profesionales de la salud que se desempeñan desde los equipos básicos de salud.

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se reportan tres investigaciones que abordan la perspectiva antes planteada: Baró, Mariño & Ávalos (2011), Díaz (2012) así como Cruz & Torralbas (2013).

En el caso de Baró, Mariño & Ávalos (2011) el estudio tiene como finalidad explorar la preparación de los equipos básicos de salud en temas de violencia de doméstica. Se desarrolla en Ciudad Habana con 20 médicos y enfermeras miembros de estos equipos. Los resultados apuntan a que el 55% desconoce las particularidades de la atención que debe brindar a las víctimas o a las personas en riesgo de serlo. El 80% no remite a otros especialistas más capacitados para tratar estos temas, a la vez que el 65% de estos no está al tanto del curso que debe seguir el proceso de atención a las víctimas. En ningún momento se reconoce el consultorio del médico de la familia como un centro para el abordaje de esta problemática en la comunidad. El 70% de estos profesionales no tiene información vinculada a las acciones que desde su rol deben emprender para trabajar los comportamientos violentos.

Esta propuesta teóricamente iguala la violencia doméstica con la de género, siguiendo el patrón intergenérico en el que el hombre ejerce únicamente el maltrato contra la mujer. Esta segmentación limita el abordaje de un fenómeno tan amplio y complejo como es la violencia de género, parcializando la búsqueda de la información.

Si bien el mito del carácter privado de los comportamientos violentos resalta la necesidad de ahondar en el plano familiar al considerarse el más íntimo, la naturaleza multidimensional de la violencia demuestra que su expresión trasciende estos marcos, matizando el desenvolvimiento social de los individuos en los restantes contextos en los que se desempeña. Desde el encargo social del personal sanitario que integra el equipo básico de salud, debe velarse tanto por el bienestar de cada familia como por el comportamiento general de la comunidad.

Baró, Mariño & Ávalos (2011) abordan la preparación de los equipos básicos de salud únicamente desde las acciones profesionales que éstos realizan para la atención a los casos de violencia identificados. Desde la postura que se asume en la presente investigación, se considera que la atención a los casos identificados es sólo una arista en el análisis de la preparación sobre este tema.

El reconocimiento de un caso de violencia está sustentado en las concepciones que se posean sobre este fenómeno y el dominio de sus modos de expresión. La atención a los casos identificados debe estar sobre la base del conocimiento de las posibles consecuencias; pero atender el fenómeno encierra también trascender el marco clínico y el espacio de la consulta, lograr la proyección comunitaria y el enfoque preventivo.

En el caso de Cruz & Torralbas (2013), caracterizan la preparación del médico de la familia para enfrentar la violencia de género contra la mujer en la relación conyugal. Al igual que la investigación comentada anteriormente, el análisis se mantiene desde la perspectiva intergenérica asumiendo otra perspectiva del contexto intrafamiliar que radica en la relación de pareja.

A diferencia de Baró, Mariño & Ávalos (2011), la preparación sobre este tema la abordan desde el estudio de las intenciones conductuales para involucrarse en situaciones de violencia contra la mujer y la presencia de mitos sobre este fenómeno. Se desarrolla con 18 médicos de la familia en el municipio Holguín.

Dentro de sus resultados se encuentra que solo el 83% manifiesta la intención de involucrarse en una situación de violencia si se tratase de un familiar o paciente y ocurriera en un espacio público. Se considera el matrimonio como un espacio privado que sólo atañe a sus miembros la resolución de lo que ocurra en su interior. De esta manera se refleja la persistencia del mito vinculado al carácter íntimo de la violencia.

Se identificaron con mayor facilidad los mitos relacionados con la violencia como un problema que compete a múltiples instituciones y con las circunstancias en que ocurre el acto, sin embargo se muestra desconocimiento de las causas que provocan el fenómeno y por tanto de las características esenciales del mismo.

Esta situación difiere de los resultados que arroja la investigación de Díaz (2012) con 304 miembros de los equipos básicos de salud del municipio Matanzas. En este caso, el 72.2% reconoce

las causas de las prácticas violentas, asociándolas en mayor medida a dificultades en la resolución de conflictos.

El 76.6% asocia la definición de violencia a maltrato tanto de naturaleza física como psicológica producto de acciones u omisiones que provocan consecuencias para la salud. No obstante, el 94.7% afirma carecer de preparación sobre el tema derivada de la formación en el pregrado y el postgrado, por lo que el 99.3% manifiesta la necesidad de profundizar en este asunto.

Díaz (2012), en contraste con Baró, Mariño & Ávalos (2011) y Cruz & Torralbas (2013), explora la percepción que tienen los miembros de los equipos básicos de salud acerca de su responsabilidad en el abordaje de la violencia. El 99.3% reconoce que su práctica profesional puede incidir en la disminución de este tipo de comportamientos pero las dificultades ya mencionadas entorpecen su accionar.

De manera general, se considera que la preparación sobre la violencia de género de los integrantes de los equipos básicos de salud ha sido un tópico poco estudiado, reportándose solamente tres investigaciones como antecedentes y ninguno en la región central del país. En estos estudios persisten limitaciones en los sustentos teóricos asumidos dadas en segmentaciones del concepto violencia de género a partir de los espacios y los roles asumidos en las situaciones de maltrato.

Se detecta que la concepción de preparación sobre el tema ha estado centrada en acciones ante casos ya identificados, intenciones conductuales o conocimiento sobre la violencia, careciendo de una perspectiva integradora que refleje el dominio teórico sobre el tema y tenga en cuenta el accionar de los miembros de los equipos básicos de salud en la prevención, detección y manejo de los casos de violencia de género.

A partir de estos elementos, en la presente investigación se asume preparación sobre violencia de género como el dominio de concepciones teóricas sobre la violencia de género que permiten dar

una respuesta a situaciones vinculadas a este problema de salud, mediante el establecimiento o aplicación de procedimientos y protocolos diagnósticos y/o terapéuticos.

Para su abordaje se establecen los siguientes indicadores:

1. 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.
2. Experiencia en la identificación de VG: actividades que desarrolla o ha desarrollado el miembro del equipo básico de salud para la detección de situaciones de violencia de género y el sentimiento de satisfacción o insatisfacción hacia su desempeño.
3. Atención a situaciones de violencia 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.

Desde el punto de vista psicológico esta propuesta se sustenta en la categoría actitud, entendiendo ésta como un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. (Allport, 1935, citado en Sánchez y Mesa, 1998)

Ubillo, Mayordomo y Páez (2004) plantean que esta definición destaca las siguientes características de la actitud:

- a) Constructo o variable no observable directamente.
- b) Tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado.

En este sentido Ajzen (1989, citado en Sánchez y Mesa, 1998) plantea que la actitud en sí misma no es una variable observable, es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud.

- c) Tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción.

Savater (1995) refiere que la actitud constituye una predisposición existente en el sujeto que lo impulsa a comportarse de una manera determinada ante una situación específica.

- d) Es aprendida.
- e) Es perdurable.
- f) Implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos.

En este sentido, Ubillo, Mayordomo & Páez (2004) a partir de McGuire (1985); Breckler (1984); Judd & Johnson (1984) y Chaiken & Stangor (1987) describen estos tres componentes del siguiente modo:

- Componente cognitivo: la forma como es percibido el objeto actitudinal, es decir, el conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo.
- Componente afectivo: sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto.
- Componente conativo: tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud.

Ajzen y Fishbein (1980), señalan que los tres componentes del modelo tridimensional son entidades separadas, que pueden estar relacionadas o no según el objeto de la actitud en cuestión.

La concepción que se asume de preparación sobre violencia de género de los miembros de los equipos básicos de salud, se basa en la experiencia y valoración de estos profesionales a partir de su rol en la comunidad y procurando el bienestar de los pobladores. Se considera como una predisposición a la acción que sin perder su carácter perdurable, puede alcanzar variaciones, en tanto se respalda en aprendizajes.

La violencia de género constituye una problemática social y de salud que demanda una mayor atención del sector sanitario. La cercanía a la realidad de cada uno de los pobladores de la comunidad y la preferencia para gestar transformaciones en este contexto, ubican a los miembros de los equipos básicos de salud en un lugar privilegiado para el abordaje de la violencia de género. De ahí la necesidad de desarrollar alternativas que teniendo en cuenta las condiciones reales de estos profesionales, en cuanto a disponibilidad de recursos y tiempo, faciliten su preparación sobre el tema.

1.4 La psicoeducación como alternativa para la preparación sobre violencia de género

Los profesionales de la Psicología vinculados al sector de la salud mucho pueden aportar a la preparación sobre violencia de género.

De acuerdo con Knapp (2007), dentro de los ámbitos de aplicación de las ciencias psicológicas en el sector sanitario, se encuentra el análisis y mejora del sistema de salud y de la atención a la población. Por lo tanto, compete también a los psicólogos valorar y buscar alternativas para perfeccionar la atención médica.

Desde los planes de estudio de la carrera de Psicología se preparan a los futuros egresados para el dominio de disímiles modos de actuación profesional; uno de ellos se corresponde con la formación, docencia y entrenamiento.

Según el Modelo del profesional de la Psicología (Plan de estudio de la carrera de Psicología, 2012), este modo de actuación se refiere a la preparación en pos de convertirse en agentes para la enseñanza de conocimientos, transmisión de información (...) Incluye la dirección, participación y asesoría tanto en el diseño como en la ejecución o evaluación de programas de acción para mejorar la eficiencia y satisfacción en los procesos de desarrollo, capacitación, o específicamente de apropiación de conocimientos.

Dentro del arsenal de recursos con que cuentan los profesionales de la Psicología para emprender estas demandas se encuentra la psicoeducación.

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

El 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 & Macías (2007) plantean que es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución, y óptimo abordaje de un problema desde su entorno.

La intervención psicoeducativa, según 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 de un diseño para la intervención de la forma más individualizada posible.

En este sentido, se asumió la Psicoeducación como un proceso a través del cual el individuo, la familia, y en este caso los miembros de los equipos básicos de salud, se sensibilizan y apropian de conocimientos acerca de la violencia de género como un problema de salud. De esta forma se promueve la búsqueda de alternativas desde la responsabilidad de estos profesionales de la salud en el ámbito comunitario.

La anterior afirmación se sustenta en las consideraciones de García (2011) cuando refiere que 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.

Atendiendo a las responsabilidades de los equipos básicos de salud en el abordaje de todas las problemáticas que afectan a los pobladores de la comunidad y en especial de la violencia de género teniendo en cuenta sus repercusiones directas sobre la salud; Cámara (2008) señala que el empleo de la psicoeducación los pudiera conducir a los siguientes fines:

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

Para el logro de estos propósitos, Colom (2011) plantea que existen fundamentalmente dos modelos de psicoeducación:

- 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.
- 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. Las investigaciones de Baró, Mariño & Ávalos (2011), Díaz (2012) así como Cruz & Torralbas (2013) ponen al descubierto dificultades de los equipos básicos de salud para la detección y manejo de los casos de violencia de género. La carencia de conocimientos respecto al tema y la poca implicación manifiesta a partir de una perspectiva mitificada de la violencia y de su propio ejercicio profesional al respecto, han determinado las limitaciones constatadas.

A partir de la propuesta de Colom (2011), se considera que el empleo de la psicoeducación como alternativa para preparar sobre violencia de género a estos profesionales, les permitirá sustituir la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y la autoestigma por la autoestima.

Dentro de las múltiples alternativas para llevar a vías de hecho la psicoeducación se encuentra la creación y publicación de guías psicoeducativas. Éstas constituyen materiales que parten del diagnóstico de las necesidades psicoeducativas de los usuarios, para orientar y educarlos sobre determinadas problemáticas. (Martín, 2011)

A criterio de este propio autor, para la elaboración de estos materiales es preciso tener en cuenta:

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

A partir de las dificultades detectadas en cuanto a la preparación sobre violencia de género de los miembros de los equipos básicos de salud pertenecientes al GBT 3 del policlínico XX Aniversario

y las necesidades educativas referidas por estos profesionales de la salud, se diseñó una guía psicoeducativa.

Tal decisión se sustenta en las consideraciones de Sánchez (2011), cuando reconoce que ésta constituye 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; su valor práctico radica principalmente en el aporte de información respecto a la temática tratada.

Aldana & Gómez (2007) señalan un conjunto de finalidades del empleo de guías psicoeducativas. Atendiendo a los propósitos definidos para esta investigación, el alcance de esta propuesta radica en:

1. Proporcionar a los profesionales de la salud conocimientos y recomendaciones basadas en evidencias actualizadas para el abordaje de la violencia de género.
2. Contribuir en la toma de decisiones con relación a este problema de salud, una vez que se haya identificado de manera clara.
3. Funcionar como un conjunto de pautas para valorar la práctica de los profesionales de la salud respecto al abordaje, tanto desde el punto vista asistencial como preventivo, en el trabajo con los pobladores y la comunidad.
4. 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 arbitrarias, injustificadas o basadas en razones meramente especulativas o del sentido común.
5. Auxiliar en la toma de decisiones a favor del paciente.
6. Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. En este sentido es válido destacar que en muchas ocasiones las peticiones de ayuda ante situaciones de violencia se realizan de manera encubierta por las víctimas. Mientras mejor sea la

comunicación, aumentan las posibilidades de que se denuncien estos actos y puedan brindarse formas de ayuda más satisfactorias.

“Violencia de género. Guía psicoeducativa para los equipos básicos de salud”, opta por el modelo informativo de la psicoeducación, según Colom (2011). De manera general, brinda un primer acercamiento a la violencia de género como problema de salud atendiendo a las demandas del médico y la enfermera de la familia en su responsabilidad como gestores en la comunidad de la salud, entendida ésta desde el sentido más amplio.

Teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo y recursos de estos profesionales de la salud, la guía promueve la sensibilización y la reflexión sobre el tema. Constituye un material de fácil y breve aplicación.

A partir de los elementos antes mencionados se ofrecen a continuación las consideraciones metodológicas que guían el desarrollo de la investigación.

Capítulo II

Marco metodológico

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

Ante la necesidad de abordar la violencia de género como un problema social y de salud, la investigación tiene como objetivo proponer una guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario.

Este capítulo se dedica a la presentación de las consideraciones metodológicas que guían la investigación en cada uno de sus momentos.

2.1 Paradigma de investigación

La investigación se desarrolla a partir del enfoque mixto de investigación. Según Hernández y Mendoza (2008) este método representa un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación que 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 y lograr un mayor entendimiento del fenómeno en estudio.

Esta propuesta metodológica permite combinar de forma equilibrada las fortalezas que ofrecen las dos miradas (cuantitativa y cualitativa) sin desconocer las particularidades de cada una de ellas y aprovechar sus fortalezas para lograr comprensiones más completas de los fenómenos sociales. (Díaz, 2014)

La conjugación cuantitativa-cualitativa propicia mayor riqueza y variedad en la producción de datos, elementos necesarios para el cumplimiento del objetivo de la investigación. La adopción de este paradigma favorece la amplitud y profundidad en la información acerca del estado actual de la atención a la problemática y las necesidades psicoeducativas del personal médico. Elementos que guían el diseño de la guía psicoeducativa y que son tomados en cuenta en la evaluación de los especialistas.

2.2 Alcance de la investigación

En aras de proponer una guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario, se desarrolla un estudio con alcance descriptivo.

Dankhe (1986, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2007, p. 76) refiere que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Estas investigaciones miden, evalúan o recolectan datos sobre diversas variables, aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar según Hernández, Fernández y Baptista (2010).

La investigación con alcance descriptivo permite especificar las propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, en este caso la preparación sobre violencia de género y las necesidades psicoeducativas acerca de esta temática del personal de la salud. Estos elementos sustentan el diseño de la guía psicoeducativa que se propone en la presente investigación.

2.3 Diseño de investigación

De acuerdo a los criterios de Teddlie y Tashakkori (2006, citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014), se asume como diseño mixto general el secuencial, compuesto por dos etapas. En estos diseños los datos recolectados y analizados en una fase del estudio se utilizan para informar (orientar) a la otra fase, según Onwuegbuzie y Johnson (2008).

En el marco de un diseño secuencial, cada etapa de la investigación responde a un diseño específico en consonancia a sus propósitos. Como se muestra en la figura 1, en la primera etapa se desarrolla un diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC), con predominio cuantitativo. Se

orienta a determinar las necesidades educativas que tienen los miembros de los equipos básicos de salud en torno a la violencia de género.

En base a los resultados obtenidos, se lleva a cabo la etapa 2, comprometida con el desarrollo del diseño y la evaluación de la guía psicoeducativa. Para cumplir con este fin, se emplea un diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS), donde ambos enfoques se utilizan con un mismo estatus.

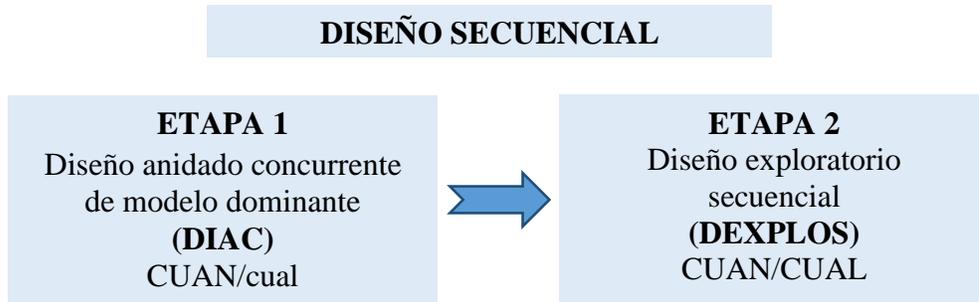


Figura 1. Diseño metodológico de la investigación

Para el procesamiento de la información se combinan datos cuantitativos y cualitativos en busca de la consolidación de los resultados. De acuerdo a los objetivos de las etapas, se emplea análisis estadísticos y de contenidos. Estos elementos favorecieron la triangulación de datos y de fuentes.

A continuación se precisan las particularidades y el procedimiento seguido en cada una de las etapas.

2.3.1 Etapa 1

La etapa se encamina a la determinación de las necesidades educativas que tienen los miembros de los equipos básicos de salud en torno a la violencia de género. Para alcanzar este objetivo, se toma como punto de partida explorar la preparación que sobre este tema posee el personal de salud.

2.3.1.1 Diseño de investigación

Se asume un diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC). Este tipo de diseño según Hernández, Fernández y Baptista (2010,2014) colecta simultáneamente datos

cuantitativos y cualitativos. Se caracteriza por la presencia de un método predominante que guía el proceso. El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central (ver figura 2).

El investigador posee una visión más completa y holística del problema de estudio, es decir, obtiene las fortalezas del análisis CUAN y CUAL. Adicionalmente, puede beneficiarse de perspectivas que provienen de diferentes tipos de datos dentro de la indagación según Plowright (2011 citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Creswell (2008) plantea que este diseño permite que ciertos datos cualitativos puedan incorporarse para describir y/o enriquecer aspectos del fenómeno que se intenta cuantificar.

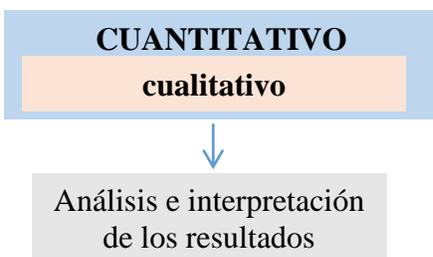


Figura 2. Etapa 1. Diseño anidado concurrente de modelo dominante

Como enfoque dominante en este diseño se establece el cuantitativo. Para el abordaje de la preparación sobre violencia de género de los miembros de los equipos básicos de salud y la determinación de sus necesidades psicoeducativas, se otorga predominio al empleo de datos numéricos, análisis de frecuencias, la búsqueda de cierta generalidad dentro de la población. Los resultados cualitativos se utilizan como respaldo de las inferencias cuantitativas, aportando mayor riqueza descriptiva.

El criterio de complementación sustenta el desarrollo de esta etapa, teniendo en cuenta los propósitos definidos para la misma, y el carácter orientador para la etapa siguiente de los resultados obtenidos en esta.

Se considera **preparación sobre violencia de género** como el dominio de concepciones teóricas sobre la violencia de género que permiten dar una respuesta a situaciones vinculadas a este problema de salud, mediante el establecimiento o aplicación de procedimientos y protocolos diagnósticos y/o terapéuticos.

Para su exploración se establecen como indicadores:

4. 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.
5. Experiencia en la identificación de VG: actividades que desarrolla o ha desarrollado el miembro del equipo básico de salud para la detección de situaciones de violencia de género y el sentimiento de satisfacción o insatisfacción hacia su desempeño.
6. Atención a situaciones de violencia 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.

2.3.1.2 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 Dobargane en Santa Clara, se selecciona el 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, Dobargane 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.

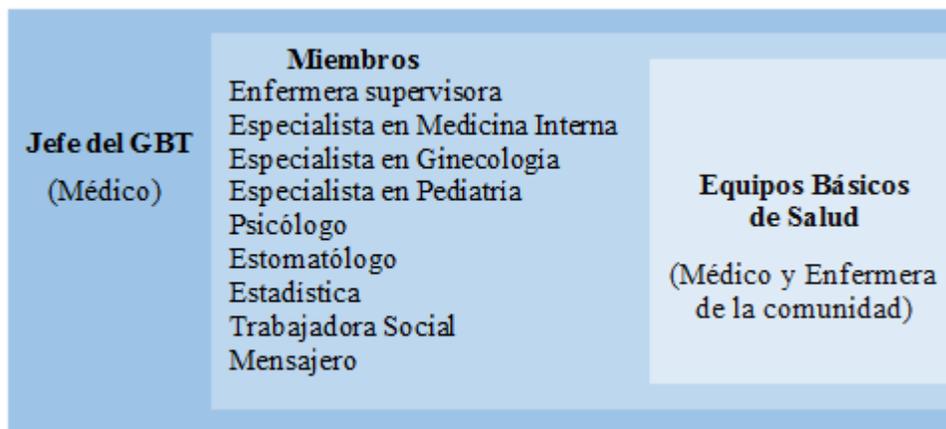


Figura 3. Estructura de los Grupos Básicos de Trabajo

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 Dobargane 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 selecciona como población a estudiar los 17 equipos básicos de salud que conforman el GBT 3.

No se conforma una muestra, si no que se trabaja con todo la población, compuesta por 45 profesionales de la salud, que brindan su consentimiento y facilitan el acceso a la información necesaria en todo momento.

En la tabla 1 se puede apreciar que en la población conformada por 45 profesionales de la salud, el 55.6% responde a personal de enfermería y 44.4% de medicina. Predomina el sexo femenino (84.4%). Si bien la media en cuanto a las edades está en 38 años, predomina el rango de 23-29 años (31%) aunque el período de 40-49 años representa 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 ubica en 15 años. Dentro de los profesionales de la medicina, el 50% tiene 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 posee más de 25 años de experiencia laboral. El 62.2% tiene como estado civil soltero.

	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

Tabla 1. Características de la población

2.3.1.3 Instrumentos para la recogida de la información

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

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 (2012), Torralbas y Cruz (2013). Consta de 14 preguntas en las que se combinan abiertas y cerradas, empleando para éstas escalas tipo Likert.

Brinda información acerca del conocimiento que tiene el personal de salud del concepto, causas, consecuencias y manifestaciones de la violencia de género, además de la preparación acerca de esta temática. Facilita la identificación de mitos y estereotipos sobre este tipo de violencia. Aborda las acciones para la detección y manejo de los casos así como experiencias en este sentido. Permite 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.

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 realizan 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 brindan a la problemática en su desempeño profesional así como la valoración de su desempeño profesional.

Material: protocolo de la entrevista (ver anexo 2)

Calificación e interpretación: se realizará a través del análisis de contenidos.

2.3.1.4 Procesamiento de los datos

La información se procesó teniendo en cuenta que esta etapa de la investigación se orienta a explorar la atención que brindan a la violencia de género los equipos básicos de salud del GBT 3 y la determinación de las necesidades psicoeducativas respecto a esta temática.

Con este propósito se emplea la estadística descriptiva como soporte para los análisis de frecuencia y el trabajo con estadísticos como la media, desviación estándar, suma, valor máximo y mínimo.

La información arrojada en las entrevistas se procesa mediante el análisis de contenidos. Ésta complementa los datos cuantitativos obtenidos.

Los resultados obtenidos sustentan y guían el desarrollo de la etapa 2 de la investigación.

2.3.2 Etapa 2

A partir de los datos obtenidos en la etapa anterior, este momento de la investigación se dedica al diseño de la guía psicoeducativa sobre la violencia de género para los equipos básicos de salud del GBT 3 y su posterior evaluación por especialistas.

2.3.2.1 Diseño de la investigación

Para dar cumplimiento a los objetivos formulados para esta etapa, se desarrolla un diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) en la modalidad derivativa, según Hernández, Fernández y Baptista (2014).

En esta modalidad, la recolección y el análisis de los datos cuantitativos (fase 2) se hacen sobre la base de los resultados cualitativos (fase 1). Creswell (2009) comenta que el DEXPLOS es apropiado cuando buscamos probar elementos emergentes de la fase cualitativa y pretendemos generalizarlos a diferentes muestras.

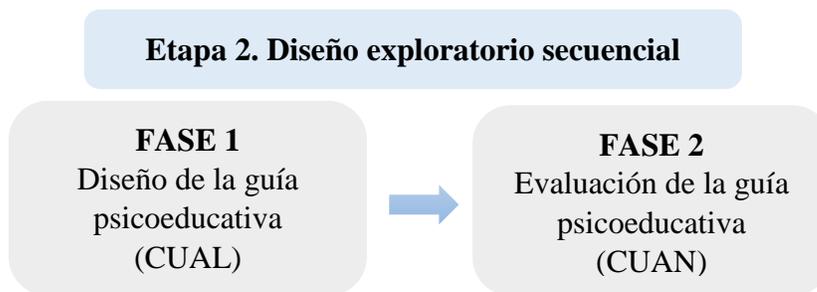


Figura 4. Diseño exploratorio secuencial

En la figura 4 se muestra que la fase 1 (cualitativa) se dedica a diseñar la guía psicoeducativa a partir de las necesidades identificadas en torno a la violencia de género en los equipos básicos de salud durante la etapa 1. En la segunda fase (cuantitativa) esta guía se somete a la evaluación de acuerdo al criterio de especialistas.

A los efectos de la presente investigación y teniendo como referentes a Cueto (2010) y Martín (2011), se asume como **guía psicoeducativa** un material comunicativo que parte del diagnóstico de necesidades educativas y brinda la información necesaria para orientar y educar acerca de los modos de abordar determinada problemática. Su valor radica en el aporte de información y recursos para el cambio hacia actitudes positivas.

Atendiendo a las particularidades de esta etapa del estudio, a continuación se precisan los aspectos que distinguieron a cada una de las fases.

FASE 1. Diseño de la guía psicoeducativa

En esta fase se diseña la guía titulada “Violencia de género. Guía psicoeducativa para los Equipos Básicos de Salud”. Su propósito general radica en preparar sobre violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad. (Ver anexo 3)

De acuerdo con el objetivo que persigue y los destinatarios de esta propuesta, se establece una secuencia de pasos lógicos que guían metodológicamente el proceso de diseño y elaboración de la guía psicoeducativa.

❖ Paso 1. Estructura de la guía.

Se determina que la guía comienza con la presentación que conduce a la tabla de contenidos. Le sigue una breve introducción que prepara al lector para adentrarse en el desarrollo de las secciones o partes que conforman el material. Para el establecimiento de éstas se tienen en cuenta las necesidades educativas identificadas en la etapa anterior y el objetivo formulado para la presente guía psicoeducativa.

De esta manera se establecen las siguientes tres partes o secciones:

1. Violencia de género. Lo que se debe conocer.

Dedicada a mostrar las generalidades de la violencia de género, destacando su multiplicidad de manifestaciones y contextos en los que se desarrolla.

2. Personal médico y violencia de género.

Aborda la violencia de género como un problema de salud, sus mitos acerca y la responsabilidad de los profesionales de este sector ante sus manifestaciones.

3. Recomendaciones para el abordaje médico de la violencia de género.

Se brinda información sobre las instituciones que pudieran ayudar ante situaciones de violencia además de sugerencias para el encuentro con posibles víctimas, el manejo ético de los casos y la labor preventiva desde el contexto comunitario.

❖ **Paso 2. Ordenamiento de los temas según las partes.**

Se establece el orden de los temas según las partes que estructuran la guía. Se determinan los recursos visuales y comunicativos que facilitarían la transmisión de la información en cada caso y atendiendo a las características de los destinatarios.

❖ **Paso 3. Elección del diseño.**

Se eligen las tipografías, los colores, las ideas rectoras para la composición de cada página, el diseño de los gráficos y recursos visuales. Esto propicia que finalmente se lleve a cabo el diseño de la guía.

FASE 2. Evaluación de la guía psicoeducativa

Para desarrollar la evaluación de la guía psicoeducativa, se conforma una muestra no probabilística de especialistas a partir de los criterios de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

En este tipo de muestra, la elección de los elementos que la conforman depende de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Por lo tanto, las muestras seleccionadas obedecen a criterios de investigación, de acuerdo a Johnson (2014).

Para la selección de la muestra se establecieron los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

1. Mostrar disposición a participar en la investigación.
2. Poseer al menos 5 años de experiencia de trabajo en la investigación de la violencia de género y/o psicoeducación.

3. Poseer un coeficiente de competencia en el dominio de los temas igual o superior al nivel medio según los criterios de Crespo (2007).

Criterio de exclusión:

1. Manifestar la intención de abandonar el estudio.
2. Poseer menos de 5 años de experiencia de trabajo en la investigación de la violencia de género y/o psicoeducación.
3. Poseer un coeficiente de competencia inferior al nivel medio en el dominio de los temas según los criterios de Crespo (2007).

En la tabla 2 se puede apreciar que la muestra queda conformada por 15 especialistas. El promedio de años de experiencia laboral fue de 27 años. El 73.3 % ostenta el grado científico de máster en ciencias y el 26.6 % de doctor en ciencias. El 60 % tiene una formación académica vinculada al sector de la salud y labora en la atención primaria. El 73 % posee un coeficiente de competencia del nivel medio y el 27% del nivel alto.

No.	Años de experiencia	Título académico	Grado científico
1	27	Especialista de Segundo Grados de MGI y Psiquiatría	Máster en Ciencias
2	30	Licenciada en Enfermería	Doctora en Ciencias
3	26	Especialista de 2do grado en MGI	Máster en Atención Integral a la Mujer
4	20	Licenciada en Psicología	Máster en género
5	18	Licenciada en Psicología	Máster en ciencias
6	38	Licenciada en Psicología	Doctora en Ciencias Psicológicas
7	3	Licenciada en Psicología	Máster en Psicología Médica
8	41	Licenciada en Psicología	Doctora en Ciencias Pedagógicas
9	17	Licenciada en Psicología	Doctora en Ciencias Psicológicas
10	38	Especialista en MGI	Máster en Ciencias
11	30	Licenciada en Enfermería	Máster en Ciencias
12	41	Especialista en Medicina Interna	Máster en Ciencias
13	26	Especialista en MGI	Máster en Ciencias
14	15	Especialista en Medicina Interna	Máster en Ciencias
15	35	Licenciada en Enfermería	Máster en Ciencias

Tabla 2. Características de los especialistas

Instrumento para la recogida de la información

Encuesta sobre las competencias acerca de la violencia de género y psicoeducación

Descripción: esta encuesta se diseña a partir de las consideraciones de Crespo (2007). Para la aproximación al grado de experticia de los especialistas que conforma la muestra. Se parte de la autoevaluación de éstos en base a su nivel de conocimiento acerca del problema que se está resolviendo, basándose en las fuentes de argumentación que ha definido el investigador con el propósito de determinar la competencia del especialista. En la investigación se emplean las siguientes:

- Experiencia investigativa relacionada con la violencia de género en la atención primaria de salud.
- Análisis teóricos-metodológicos sobre psicoeducación.
- Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.
- Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores extranjeros respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.
- Conocimiento del estado actual de las dificultades en el manejo de la violencia de género por los equipos básicos de salud.

Objetivo:

- Determinar las competencias de los especialistas sobre la violencia de género y la psicoeducación.

Material: protocolo de la encuesta (ver anexo 4)

Calificación e interpretación: cada especialista autoevalúa su competencia en los distintos aspectos según las categorías de alta, media y baja, calculándose con posterioridad el coeficiente de competencia mediante la siguiente fórmula:

Dónde:

$$K = \frac{K_c + K_a}{2}$$

K_c: Es el coeficiente de conocimiento o información que tiene el especialista acerca del problema, el cual es calculado sobre la base de la valoración del propio especialista en una escala de 0 a 10 y multiplicado por 0.1 de modo que:

- El valor 0 indica absoluto desconocimiento de la problemática que se evalúa.
- El valor 1 indica pleno conocimiento de la referida problemática.

K_a: Es el coeficiente de argumentación o fundamentación de los criterios del especialista seleccionado, como resultado de la suma de los puntos alcanzados tomando en cuenta la tabla patrón a la que Crespo (2007) hace referencia.

El coeficiente K de competencia de los especialistas permite clasificarlos según lo convenido en:

- $0.8 \leq K \leq 1 \Rightarrow$ competencia alta.
- $0.5 \leq K < 0.8 \Rightarrow$ competencia media.
- $K < 0.5 \Rightarrow$ competencia baja.

Encuesta para la valoración de la guía psicoeducativa por el criterio de los especialistas

Descripción: esta encuesta se diseña a partir de las consideraciones de Crespo (2007), Martín (2011) y Proenza (2015). Para la evaluación de la calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad, se ofreció una escala Likert que permite la obtención de las valoraciones.

Objetivo:

- Valorar la guía psicoeducativa de acuerdo a la calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad

Material: protocolo de la encuesta (ver anexo 5)

Calificación e interpretación: para la valoración de la guía psicoeducativa se realizan análisis de frecuencias de cada uno de las valoraciones de acuerdo a los criterios establecidos.

Tomando como referencia la propuesta de Crespo (2007), Martín (2011) y Proenza (2015), los criterios para la evaluación de la guía son definidos del siguiente modo:

- **Calidad del diseño:** empleo de un lenguaje claro y preciso, con la utilización de un diseño gráfico ajustado a los contenidos, que garantice la facilidad de lectura y comprensión de los temas.
- **Capacidad orientadora:** los contenidos que se abordan en la guía psicoeducativa orientan la labor en cuanto a la violencia de género de los profesionales que integran los equipos básicos de salud.
- **Efecto:** posibilidad de lograr el objetivo propuesto mediante la guía psicoeducativa.
- **Viabilidad:** existencia de las condiciones necesarias para que la guía psicoeducativa propuesta pueda utilizarse por los miembros de los equipos básicos de salud.

2.4 Consideraciones éticas de la investigación

Se respeta la autonomía y confidencialidad de los participantes. Éstos tienen información detallada de los objetivos de la investigación y la voluntariedad de su colaboración. Se les hace saber la posibilidad que poseen de abandonar el estudio cuando lo estimen conveniente.

Capítulo III

Análisis de los resultados

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Este capítulo tiene como propósito mostrar los resultados obtenidos en las diferentes etapas de la investigación.

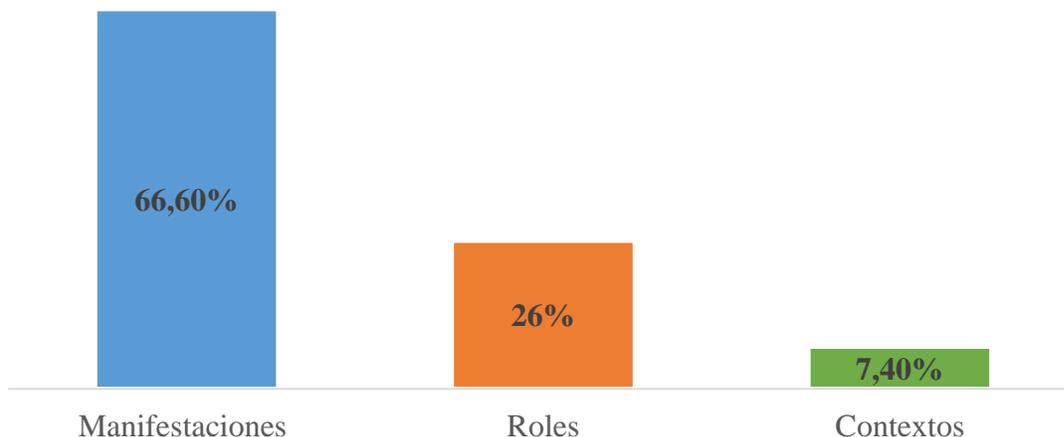
3.1 Resultados de la Etapa 1

Con vistas a determinar las necesidades educativas de los miembros de los equipos básicos de salud referidas a la violencia de género, se asume como punto de partida, explorar su preparación sobre esta temática. Para ello se toman en cuenta los indicadores propuestos en el capítulo anterior (conocimiento sobre la violencia de género, experiencia en la identificación de estos casos y atención a las situaciones de violencia identificadas).

No se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre los profesionales de la medicina y los de enfermería, ni entre los del sexo femenino y el masculino. Por esta razón los resultados se presentan sin establecer distinciones en tales aspectos.

El primer indicador se centró en el **conocimiento acerca de la violencia de género**. En cuanto a las definiciones sobre la violencia de género, en el gráfico 1 se reflejan los componentes de esta categoría que se tienen en cuenta por los profesionales de la salud para brindar su definición.

Gráfico 1. Componentes de las definiciones sobre violencia de género



Predominan las definiciones centradas en las manifestaciones de la violencia de género. Al respecto, prevalecen aquellas que hacen referencia a conductas violentas de naturaleza psicológica (40.74%).

Las definiciones centradas en los contextos, enfatizan en las prácticas violentas de género que tienen lugar en el contexto doméstico y de relaciones familiares. Acerca de los roles en este ámbito de interacción, las propuestas giran en torno al maltrato contra las mujeres. Durante las entrevistas refieren: *“es la violencia contra el sexo femenino”*, *“son los maltratos contra todas las mujeres”*, *“solo es contra las mujeres”*, *“cuando el hombre actúa contra la mujer imponiéndose sobre el sexo más débil que es el femenino”*, *“es la que se da del hombre a la mujer”*, *“cuando existe en la pareja humillación del hombre hacia la mujer, cuando la discrimina”*.

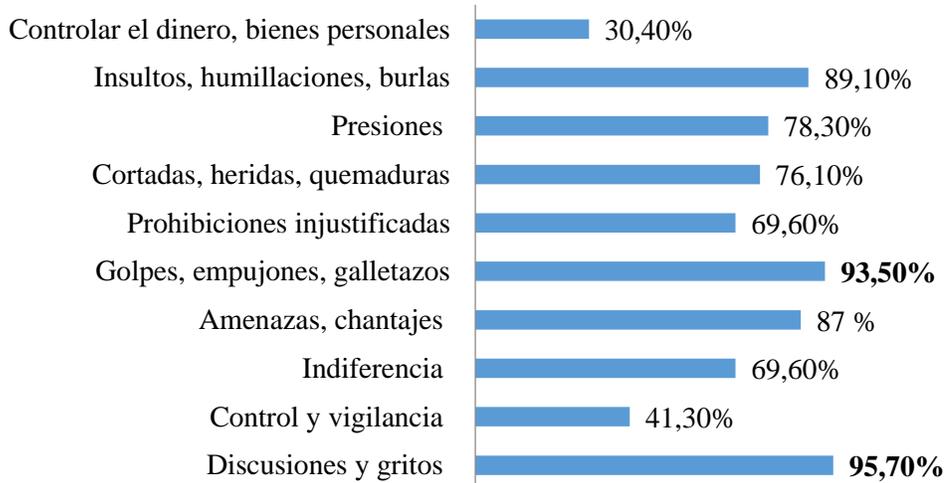
Estas últimas verbalizaciones sugieren un criterio que sobresale en las entrevistas: el hombre como protagonista del maltrato. Este criterio se sustenta en patrones de relación estereotipados que reflejan una visión masculina ligada a la imposición del poder y cierta supremacía con relación al sexo femenino.

Predomina entre los profesionales de la salud el análisis de la violencia de género desde la perspectiva intergenérica (situaciones de oposición entre el género femenino y el masculino). La carencia de una perspectiva intragenérica que comprenda a los miembros de un mismo género como víctimas y/o victimarios en las dinámicas violentas, demuestra la visión limitada de estos profesionales respecto a la violencia de género y la presencia de estereotipos que atribuyen el rol de víctima a la mujer y de maltratador al hombre.

Otro elemento tenido en cuenta para el abordaje del conocimiento acerca de la violencia de género de los profesionales de la salud en estudio es la identificación de las manifestaciones de este tipo de violencia. En el gráfico 2 se puede apreciar que predomina el reconocimiento de las discusiones y los gritos (95.7 %) así como golpes, empujones, galletazos (93.5 %).

De acuerdo a la clasificación de la violencia propuesta por Sánchez y Hernández (1999), se constata que el personal de salud reconoce con mayor facilidad las manifestaciones de naturaleza psicológica y física.

Gráfico 2. Manifestaciones de la violencia de género identificadas por el personal de la salud



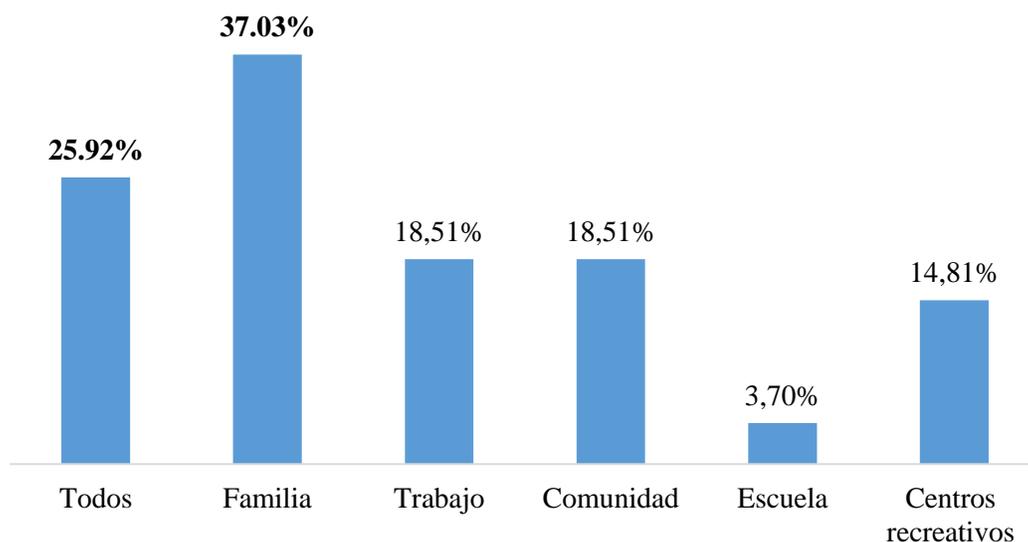
Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

Durante las entrevistas se mantiene este mismo patrón, sobresaliendo manifestaciones de tipo psicológicas (72%) tales como: “*indiferencias*”, “*humillaciones*”, “*malas contestas*”, “*ofensas*”.

Las expresiones de carácter sexual y económico por la naturalización de la violencia, no se asumen como vías para la expresión de ésta. El control de los bienes del otro y la vigilancia son reconocidas como prácticas habituales y normales dentro de las relaciones de pareja, de este modo se denota la invisibilización que sustenta las prácticas violentas.

Con relación a los contextos en los que se desarrolla la violencia de género, los profesionales en estudio identifican, en primer lugar, al contexto familiar (37.03 %) y reconocen que esta problemática puede trascender cualquier espacio en específico, abarcándolos todos (25.92 %); tal como se muestra en el gráfico 3.

Gráfico 3. Contextos de la violencia de género

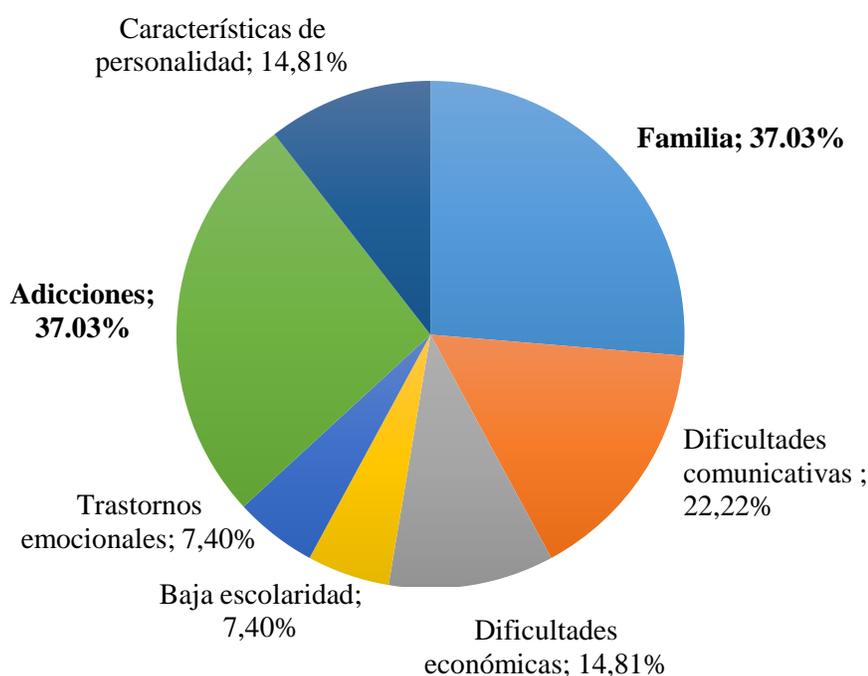


Fuente: Entrevista a los profesionales de la salud .

En consonancia con lo anterior señalan: *“se expresa en la familia, el barrio, el trabajo, entre vecinos”, “en todos los lugares”, “en la sociedad”*. Si bien se reconoce la multiplicidad de contextos, la coexistencia, así como la expansión del fenómeno en la cotidianidad, prevalece una visión limitada del fenómeno centrada en el espacio familiar. En este sentido, la aplicación del cuestionario arroja que el 52.3 % de la población circunscribe la violencia de género al ambiente familiar y el 54.8 % a las relaciones de pareja, refiriendo: *“la violencia en la familia es la más frecuente”, “siempre se da en el hogar”, “es lo que pasa en casa”*. Además, afirman que *“generalmente el contexto familiar es el más afectado”,* porque la violencia provoca *“separación de la familia”, “divorcio”, “problemas familiares”, “división familiar”*.

Se reconocen múltiples factores desencadenantes de la violencia de género, aunque se le atribuyen a las relaciones intrafamiliares y a las adicciones el predominio. Tal como se muestra en el gráfico 4.

Gráfico 4. Causas de la violencia de género



Fuente: Entrevista a los profesionales de la salud .

El reconocimiento de las relaciones familiares disfuncionales como causas de la violencia se sustenta en expresiones tales como: *“el hijo que observa a su padre maltratar a su madre luego lo hace y muchas veces los que maltratan lo hacen por eso”*, *“por la situación en el ambiente familiar”*, *“por los estilos de vida en la familia”*, *“por la educación que le dan a la persona en la familia”*, *“por un mal funcionamiento familiar”*.

De los profesionales que se refieren a las adicciones, el 60 % centró la atención en el alcoholismo y el 40 % en la drogadicción. Se concuerda con Bosch-Fiol y Ferrer-Pérez (2012) cuando apuntan que el consumo de estas sustancias opera como un factor coyuntural que aumenta las probabilidades de que se produzca la violencia al reducir las inhibiciones y por ende, se dificulte la autoregulación comportamental. Por lo tanto, estos elementos ponen al descubierto la presencia de un mito respecto a las adicciones en los profesionales de la salud como causa de la violencia.

La presencia de trastornos emocionales como causas de las conductas violentas durante las entrevistas es considerada por el 7.40 % a la vez que en el cuestionario el 40 % señala este aspecto. Este elemento se corresponde con la visión mitificada de que las personas que maltratan padecen alguna enfermedad mental lo cual es corregido por el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud cuando se señala que menos del 10% de los casos de violencia de género son ocasionados por trastornos psicopatológicos. Mediante el cuestionario, el 58.1% de los profesionales de la salud concuerda 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. Esto se corresponde con los estudios de (Carlshamre, 2005; Keltosova, 2002; Heise and García Moreno, 2003 citado en Bosch & Ferrer, 2012 en los que se puede constatar que la violencia se da en personas de todos los grupos sociales, étnicos, culturales, de cualquier edad, nivel de ingresos, estudios u ocupación.

Las características de personalidad como causas del empleo de la violencia (14.81 %) se asocian a la *“falta de autocontrol”*, *“celos”*. Estos elementos se relacionan con las dificultades comunicativas, identificadas por el 22.22 %.

De acuerdo a las consideraciones de Ferrer y Suz (2014) a partir de OMS (2002) respecto a los factores que participan en la generación de la violencia, los miembros de los equipos básicos de salud dieron predominio a los factores biológicos y de la historia personal. Estos responden a características de personalidad y sociodemográficas, dificultades comunicativas, trastornos mentales y adicciones. Si bien se reconocen las relaciones familiares, se obvian los aspectos vinculados a la inserción en los contextos comunitarios como la escuela, centro de trabajo, el vecindario, a la vez que se omiten los factores de carácter general relativos a la estructura de la sociedad.

El 67.4 % de los profesionales de la salud estudiados considera a la violencia de género como un problema de salud. Reconocen el daño que provoca, calificándolo de mucho (65.9 %) y de bastante

(29.5 %). En este sentido refirieron: *“muy malo”, “grave”, “preocupante porque hay personas que desencadenan en patologías”, “grande, puede llevar a la muerte cuando es física y cuando es psicológica la persona puede atentar contra su propia vida”*.

El 68.9 % afirma conocer las consecuencias que tienen estas prácticas para la salud y de ellos, en el cuestionario, el 76 % reconoce las consecuencias de carácter físico y emocional. Durante las entrevistas si bien se identifican las consecuencias de tipo psicológicas (*“depresión”, “deseos de morir”, “trastornos psicológicos”, “cohibición”, “frustración”, “retraimiento”*), predominan las referidas a los daños físicos (*“las consecuencias son físicas, “deja marcas en la piel”, “trae hasta la muerte”, “genera lesiones graves”, “las consecuencias físicas traen consecuencias psicológicas”*).

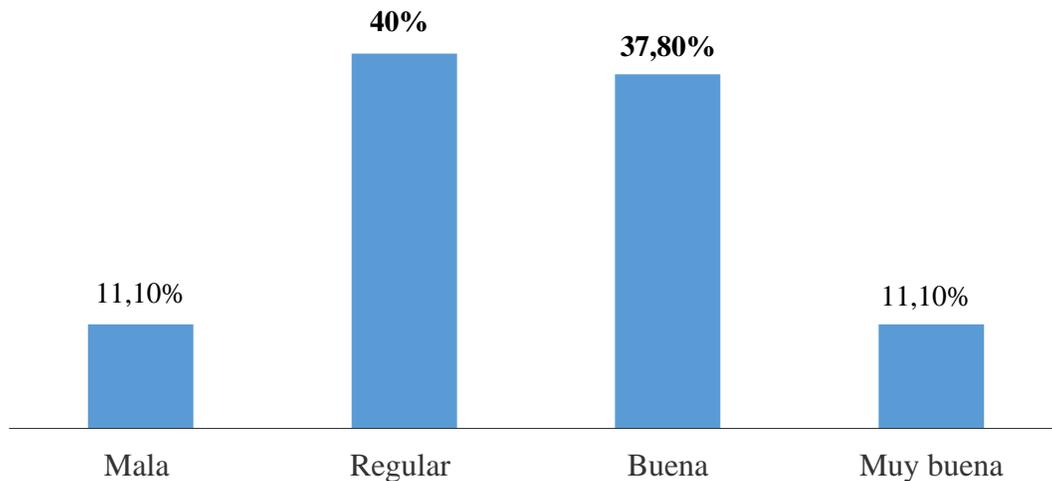
Los daños físicos pueden generar lesiones mucho más visibles que las agresiones de tipo psicológica. Por su naturaleza sutil y enmascarada, las manifestaciones psicológicas se solapan tras la naturalización e invisibilización que socialmente respalda al comportamiento violento. En los profesionales estudiantiles persiste el mito sobre la violencia de género referido a que las agresiones físicas son más dañinas que las psicológicas.

Si bien predomina el reconocimiento de las consecuencias físicas, dentro de este grupo el reconocimiento es limitado a síntomas físicos perceptibles. Se obvian otras afectaciones generadas por la violencia como: los trastornos reumáticos, cardiovasculares, síntomas neurológicos, trastornos gastrointestinales, urinarios y de la salud reproductiva, de acuerdo con Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez (2004).

Los profesionales de la salud estudiados reconocen el carácter cíclico de la violencia, cómo una agresión puede conducir a otra; no obstante, el conocimiento sobre las consecuencias es limitado a partir de aspectos socialmente establecidos que afectan la identificación de los casos y la atención a los ya detectados.

El 51.10 % valora de manera negativa su preparación para atender los casos de violencia de género, mientras que el 48.9 % de forma positiva, tal como se muestra en el gráfico 5.

Gráfico 5. Valoración de la preparación para atender los casos de violencia de género



Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

Los aspectos abordados hasta el momento demuestran que el grado de conocimiento acerca de la violencia de género de los profesionales estudiados presenta limitaciones, constatándose dificultades en la definición conceptual del fenómeno en estudio, sus causas y consecuencias. La presencia de mitos acerca de esta problemática vinculados a la supremacía del hombre, el consumo de drogas y la presencia de trastornos emocionales desencadenantes de las prácticas violentas y la consideración de que las agresiones físicas son más dañinas que las psicológicas; resaltan la permanencia de conocimientos desde el sentido común y lo socialmente establecido que distan del basamento teórico que requiere el desempeño profesional del personal de salud.

En consonancia con lo anterior, el 64.4 % reconoce haber recibido información somera sobre la violencia de género en su formación profesional a través de las asignaturas Psicología y Medicina General. El 91.3 % refiere que en su desempeño profesional, mediante las acciones de postgrado,

no ha recibido formación en la materia. El 8.7 % restante, afirma haber recibido información sobre el tema de forma colateral en espacios de superación.

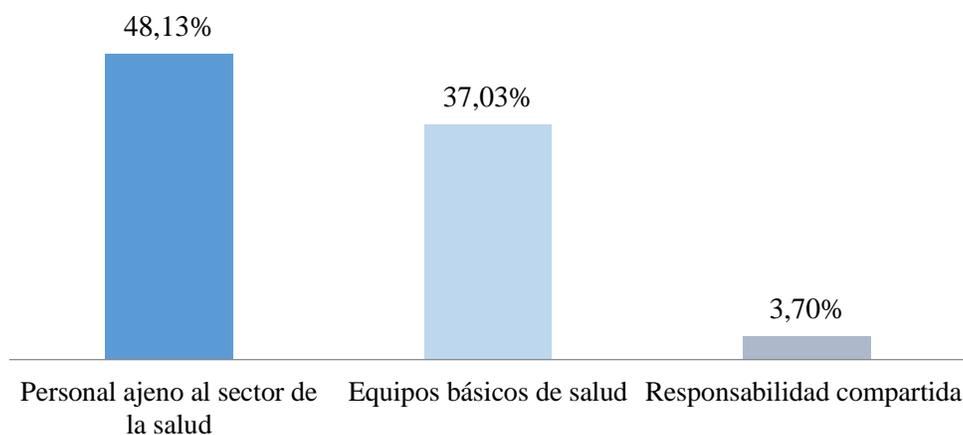
De manera general, durante las entrevistas muestran insatisfacción con su preparación y reconocen la necesidad de prepararse en esta temática como garantía de un mejor desempeño profesional, al respecto opinan: *“no he recibido preparación pero es necesaria porque todos los casos no se tratan igual”, “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”*.

Otro indicador considerado en el acercamiento a la preparación sobre la violencia de género de los profesionales de la salud, es la **experiencia que poseen estos en la identificación de los casos de violencia de género**.

En consonancia con los aspectos que se han abordado hasta el momento, predomina dentro de los miembros de los equipos básicos de salud la intención de atribuir la responsabilidad de la identificación de los casos a agentes ajenos al personal de la salud (48.13 %). En este sentido, aluden a los líderes formales de la comunidad (presidente y al responsable de vigilancia de los CDR, el jefe del sector de la PNR y a las activistas de la FMC), así como a la familia y los compañeros de trabajo.

En el gráfico 6 se puede apreciar que el porcentaje de los profesionales que designan a los equipos básicos de salud como abanderados en la identificación de los casos es inferior. Solo el 3.70 % de estos profesionales reconoce que la responsabilidad es compartida y que es una tarea que compete a todas las instituciones y sectores de la sociedad. Los datos evidencian la carencia de un sentido crítico en cuanto a las funciones del sector de la salud en materia de violencia de género y un distanciamiento de sus responsabilidades en la prevención y atención a la violencia.

Gráfico 6. Atribución de las responsabilidades en la detección



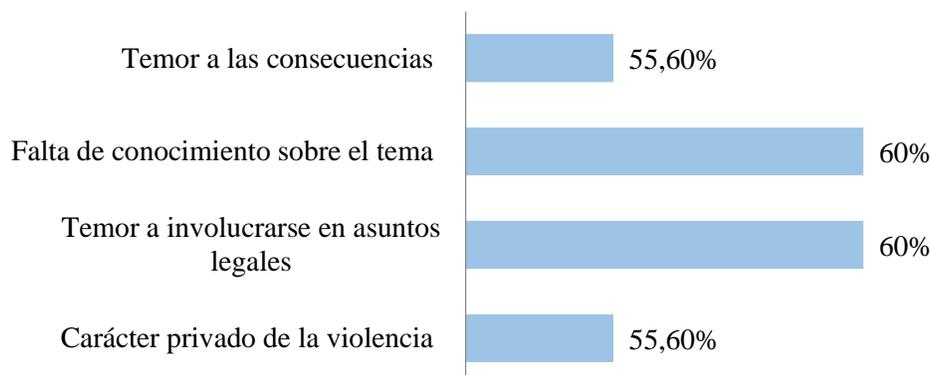
Fuente: Entrevista a los profesionales de la salud.

Uno de los elementos que influyen en esta situación radica en las barreras que los profesionales de la salud identifican como impedimentos para desempeñar su labor, en cuanto a la violencia de género.

En el gráfico 7 se muestra que desde el punto de vista personal el pobre conocimiento sobre el tema y el temor a involucrarse en asuntos legales son identificadas como las principales limitantes para la detección de los casos.

Si bien el 78.5 % muestra desacuerdo con el carácter privado de la violencia, tanto en el propio cuestionario como en la profundización mediante las entrevistas, los profesionales de la salud exponen como barrera el carácter privado de las prácticas violentas y, como es de suponer, el temor y desagrado que le producen las consecuencias que pudieran aparejar inmiscuirse en un asunto que consideran *“que solo le toca a la familia o a la pareja”*.

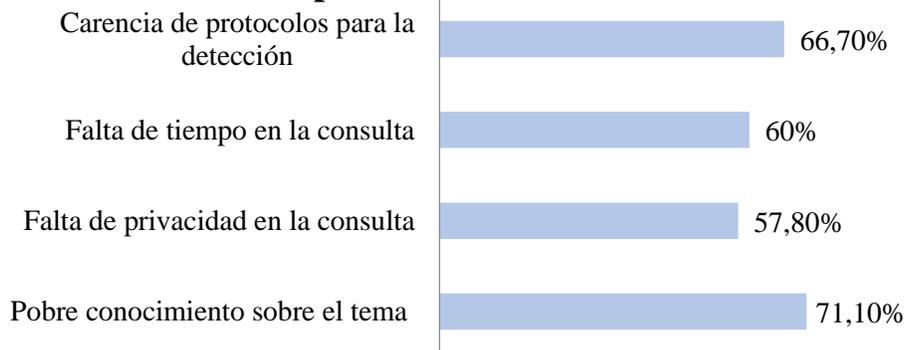
Gráfico 7. Barreras personales que impiden la detección



Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

Desde el punto de vista institucional, en el gráfico 8 se refleja que la principal barrera identificada es el pobre conocimiento sobre el tema. Esto conlleva a que no se reconozca como un problema de salud la violencia de género y no se propicien todos los espacios y condiciones para que esta problemática adquiera toda la atención y protagonismo que requiere. Como resultado de este elemento, reconocen la carencia de protocolos como aspecto que limita su labor en este sentido.

Gráfico 8. Barreras institucionales que impiden la detección



Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

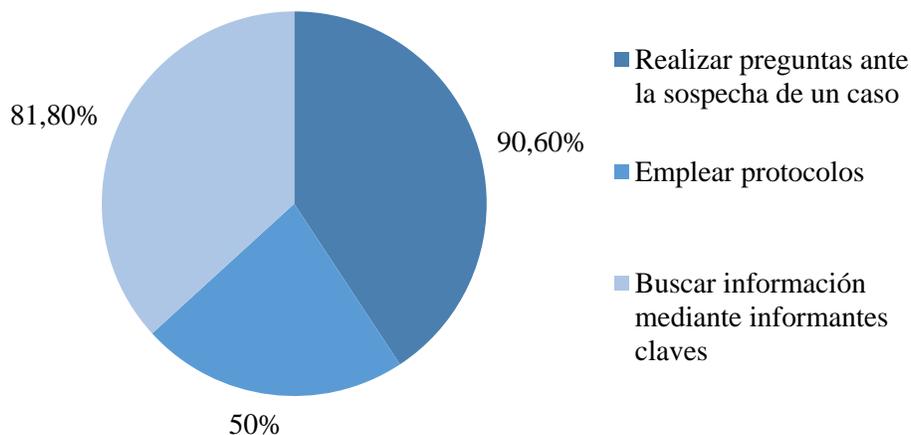
La situación del sistema de salud en cuanto a la disponibilidad de profesionales que prestan atención, ha aumentado la carga asistencial de los que se mantienen prestando servicios y se ha reducido el tiempo que pueden dedicar a cada paciente durante la consulta. Por esta razón, el 60 % de la población estudiada refiere la falta de tiempo durante la consulta como un aspecto que atenta contra el abordaje en estos espacios de la violencia de género.

A la par, las condiciones materiales de los centros de salud generan insatisfacción en los profesionales para atender esta problemática al no favorecer logro de los niveles de privacidad deseados para tratar a los pacientes y que se revelen aspectos tan íntimos como los relativos al empleo de la violencia.

Todos estos elementos se concretaron en las acciones puntuales que realizan para la identificación.

En el gráfico 9 se puede apreciar que en las tres opciones que predominaron, los profesionales de la salud brindaron atención a la problemática solo desde una perspectiva coyuntural.

Gráfico 9. Acciones para la detección



Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

La realización de las preguntas se lleva a cabo solo ante la sospecha de un caso. Si se tienen en cuenta las dificultades detectadas en estos profesionales acerca del conocimiento de la violencia de género y las limitaciones presentadas para abordarla; la sospecha del empleo de la violencia aparece

ante situaciones muy específicas, lo que reduce ante la mirada de los profesionales de la salud el número de pacientes que pudieran estar inmersos en situaciones de violencia y abre una brecha en la que se obvian aquellos que tras el carácter sutil y enmascarado de las disímiles formas de la violencia no se consideran posibles víctimas.

En este sentido resulta importante destacar dos aspectos, el primero vinculado a que la violencia se debe considerar desde el principio en el diagnóstico inicial de los pacientes. La carencia de conocimientos acerca de sus repercusiones psicosomáticas hace que se obvие como una posible causa de los problemas de salud. En segundo lugar, resulta importante señalar que durante los intercambios con los miembros de los equipos básicos de salud se evidencia insatisfacción con las acciones que desarrollan y no se hace referencia a las acciones para la identificación de los miembros de la comunidad con antecedentes de empleo de la violencia. El carácter reactivo de la violencia no deja espacio para prefijar roles, ni que estos sean estáticos. El trabajo de promoción y prevención en la comunidad que constituye una premisa fundamental del sector de la salud en el nivel primario, no puede obviar esto.

Otra de las acciones referidas por los profesionales es la búsqueda de información mediante informantes claves. Esta alternativa si bien resulta válida como fuente para la triangulación de la información, durante las entrevistas se constata que su empleo no en todas las ocasiones ha cumplido con su propósito. Los profesionales comentan que los informantes son seleccionados por la proximidad con las posibles víctimas. En ocasiones esto ha propiciado que la información llegue hasta los victimarios y se impida el contacto de la víctima con los profesionales de la salud. En otros momentos, los informantes no han mantenido la confidencialidad requerida, atentándose a la ética profesional.

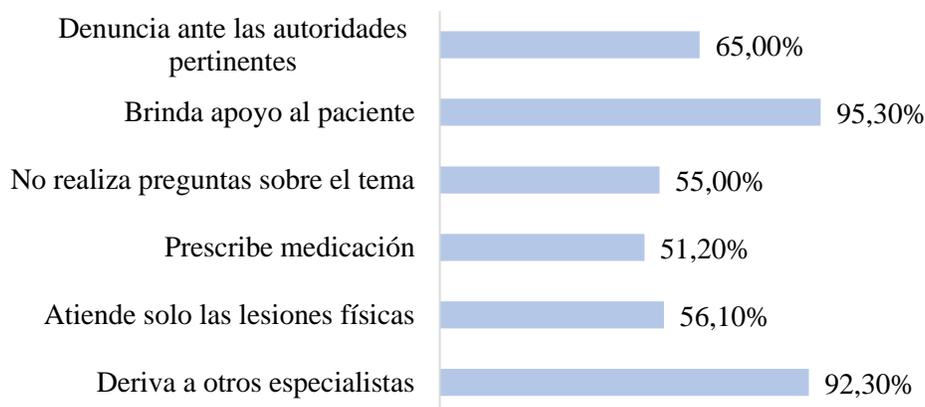
Estos elementos resaltan la importancia de mantener las normas éticas en el abordaje de la violencia como salvaguarda de los pacientes, si se tiene en cuenta que las repercusiones pueden llegar hasta hacer que las víctimas pierdan la vida.

El 50 % refiere emplear protocolos para la detección al mismo tiempo que la carencia de estos se identifica como una barrera para la identificación de los casos. En el sistema de salud cubano no está establecido ningún protocolo que se oriente a la identificación de los casos de violencia. Los profesionales de la salud acuden a la utilización de algoritmos creados individualmente a partir del sentido común para identificar los casos.

En correspondencia con esto y como parte de la **atención a las situaciones de violencia detectadas** (tercer indicador establecido para evaluar la preparación sobre la violencia de género), el 74.4 % de los profesionales señala no saber qué hacer ante los casos identificados.

A la vez, en las entrevistas, apuntan: *“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”, “bueno, siempre hay parejas que se maltratan pero si ella no te lo dice no puedes abordarle el tema”*.

Gráfico 10. Acciones realizadas ante casos de violencia de género identificados



Fuente: Cuestionario sobre la atención a la violencia de género.

Persiste la delegación de responsabilidades en el abordaje de la violencia y la perspectiva mitificada de que es un problema íntimo, que sólo concierne a la pareja o familia. No obstante, en el gráfico 10 se presentan las alternativas que los restantes miembros de los equipos básicos de salud señalaron que empleaban.

Como acciones fundamentales comentan optar por conversar con las víctimas para brindarle apoyo y derivar a otros especialistas.

Los intercambios para brindar apoyo se sustentan en el sentido común y en las experiencias cercanas de estos profesionales vinculadas a la violencia. Además durante las entrevistas legitiman que la adopción de esta alternativa se sustenta además en el temor a las consecuencias, vivencia que en el plano emocional se identifica como reiterada en estos profesionales. (*“por miedo a mi seguridad solo hablé con ellas”*). Aspecto que ya se ha señalado desde el análisis de las barreras para la identificación.

Ante la carencia de protocolos para el abordaje de esta problemática, los miembros de los equipos básicos de salud cumplen con la indicación de remitir los casos a la consulta de Psicología. Por lo tanto, se delega en el psicólogo del grupo básico de trabajo, que viene una vez por semana al consultorio médico, la atención directa a estos pacientes. En consonancia con estos, el 56.1 % atiende sólo las lesiones físicas y el 51.2 % prescribe medicación.

El 65 % señala que ha denunciado ante las autoridades pertinentes. Durante las entrevistas al profundizar en este aspecto refirieron: *“se llama a la PNR en dependencia de la magnitud y las consecuencias”*, *“yo llamo a la PNR y trato de hablar con la víctima si el daño no es muy grave”*, *“eso le toca a la policía, a mí me toca decir que ha sido abusada y describir la lesión”*, *“bueno, si las víctimas piden ayuda yo se las doy”*. Persiste la consideración de que sólo ante la demanda de atención es que se involucran. Sin una petición externa de intervenir, el 55 % reconoce que no aborda el tema de la violencia de género durante la consulta.

Las acciones que señalan los profesionales estudiados se corresponden con las dificultades detectadas en cuanto a la naturaleza y formas de expresión de la violencia de género, así como, con el mito referido al carácter privado de estas prácticas. Se mantiene la tendencia a delegar la responsabilidad en otros, distanciándose su proceder del compromiso del sector de la salud en la detección y manejo de la violencia de género, como gestores del bienestar humano. Estos resultados se corresponden con los de Baró, Mariño & Ávalos (2011) cuando señalan que el 55% de los médicos y enfermeras de la comunidad del municipio donde desarrollan la investigación, desconocen la atención que deben brindar ante la sospecha del empleo de la violencia; el 60% no tiene conocimientos acerca del curso que debe seguir el proceso de atención a las víctimas. Al mismo tiempo, a nivel internacional, los resultados se corresponden con los de la Encuesta sobre Violencia desarrollada en España en 2015. Sólo el 24,5% pregunta con regularidad a sus pacientes cuestiones orientadas a detectar la violencia de género de forma directa.

Tomando en consideración la información ofrecida por los integrantes de los equipos básicos de salud correspondientes al GBT 3 del policlínico “XX Aniversario”, se resalta la necesidad de intencionar desde el sistema de salud cubano alternativas para trascender las barreras de conocimientos e institucionales que impiden la detección de los casos y se le pueda prestar una atención a los implicados que esté a la altura de sus requerimientos.

El 60 % manifiesta insatisfacción con la atención que presta a la violencia de género, al respecto comentan: *“a veces no encuentro las palabras precisas para abordarlo”, “no, porque sigue ocurriendo”, “no estoy satisfecha porque continúa pasando y todo lo que podamos prevenir frente a la violencia es bueno”, “estaría satisfecha si pudiera evitarlo”, “no es mi fuerte y sé que tengo que fortalecerlo”*. Estos profesionales de la salud muestran interés por conocer más acerca del tema y las formas de perfeccionar su desempeño.

Tomando en consideración estos elementos, en la tabla 3 se exponen las necesidades educativas sobre la violencia de género identificadas por los miembros de los equipos básicos de salud pertenecientes al GBT 3 del policlínico XX Aniversario. Éstas resultaron del análisis a partir de las dificultades en la preparación sobre el tema de estos profesionales de la salud y las demandas de información realizadas por los mismos sobre este tipo de violencia.

Necesidades educativas	Temáticas detectadas con dificultad	Demandas de información
Conceptualización de la violencia de género con su multiplicidad de manifestaciones y contextos de expresión.	-Definición -Tipologías -Contextos -Manifestaciones.	“incluir su definición”, “tipos de violencia”, “todas las manifestaciones”
Responsabilidad del personal médico ante la violencia de género.	-Funciones del personal médico ante la VG -Agentes causales -Mitos -Consecuencias -Acciones para la detección de los casos.	“causas”, “consecuencias”, “hablar de las patologías que trae consigo”, “cómo identificar los casos”, “que nos ofrezcan mecanismos para abordar a una víctima”
Recomendaciones para el abordaje sanitario de la violencia de género.	-Manejo de las posibles víctimas. -Instituciones que pueden prestar ayuda.	“incluir el tratamiento, cómo actuar”, “saber a dónde dirigirse cuando tenemos algún caso”, “a dónde acudir”

Tabla 3. Necesidades educativas sobre la violencia de género

3.2 Resultados de la Etapa 2

A partir de las necesidades educativas en torno a la violencia de género identificadas en los miembros de los Equipos Básicos de Salud, la segunda etapa de la investigación se lleva a cabo en dos fases. La primera se dedica al diseño de la guía psicoeducativa y la segunda a su evaluación mediante el criterio de especialistas.

Fase 1. Diseño de la guía psicoeducativa

Para la elaboración de la guía psicoeducativa se asumen las premisas siguientes a partir de Cueto (2010) y Martín (2011):

- Partir del diagnóstico de necesidades educativas realizado en la primera etapa del diseño metodológico de la investigación y enfatizar en las demandas de información expresadas por los miembros de los Equipos Básicos de Salud.
- Brindar información general sobre la violencia de género, sus peculiaridades como problema de salud así como la responsabilidad desde el desempeño profesional de los miembros de los equipos básicos de salud, de enfrentar estas conductas.
- Promover la sensibilización con la problemática y la crítica sobre las prácticas médicas inadecuadas en este sentido.
- Propiciar la reflexión y la búsqueda de alternativas para trabajar de manera acertada la violencia de género en la comunidad.
- Emplear modos atractivos de presentar los temas y abordar los contenidos necesarios. Usar recursos comunicativos que resulten atractivos y permitan resaltar temas esenciales.
- Utilizar un lenguaje claro, sin tecnicismos que pudieran entorpecer la comprensión del contenido o desmotivar por la lectura.
- Emplear colores vinculados a la violencia de género y al sector de la salud en una intensidad media para propiciar la familiarización con el tema y hacer atractivo el material.
- Utilizar recursos que faciliten la lectura y comprensión de los temas a través de gráficos, recuadros para resumir los contenidos más importantes a recordar, así como, resaltar ideas puntuales que favorecen el acercamiento del personal de salud a esta problemática.

A partir de estos elementos, se diseña **“Violencia de Género. Guía psicoeducativa para los Equipos Básicos de Salud”**. El propósito fundamental radica en preparar sobre violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad.

Esta guía responde a la modalidad informativa dentro de la psicoeducación. Si bien brinda un acercamiento general a la violencia de género como un problema de salud y resalta la responsabilidad del personal médico en su abordaje ofreciendo recomendaciones para perfeccionar su desempeño profesional ante la violencia de género; el material no ofrece protocolos cerrados de trabajo sobre el tema ni brinda procedimientos para el abordaje médico a las personas involucradas.

En consonancia con lo anterior, la guía queda conformada por los aspectos siguientes:

- Un acercamiento al tema (constituye una introducción a la guía psicoeducativa)
- Parte 1. Violencia de género. Lo que se debe conocer
 - Definición de violencia de género
 - Naturaleza de la relación violenta
 - Espacios cotidianos en los que se desarrolla la violencia de género
 - Formas y manifestaciones de la violencia de género
 - Ciclo de la violencia de género en la pareja
- Parte 2. Personal médico y violencia de género
 - Razones para la atención médica a la violencia de género
 - Funciones del personal de la salud ante la violencia de género
 - Consecuencias de la violencia
 - Permanencia de la víctima junto al agresor. Posibles causas
 - Mitos
 - Prácticas profesionales inadecuadas en la atención a los casos de violencia

- Procesos que dificultan la identificación de la violencia de género
 - En el caso de las víctimas
 - Con relación al personal de salud
- Indicadores de sospecha a tener en cuenta en la atención sanitaria
 - Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer
 - Indicadores de sospecha durante la consulta
- Parte 3. Recomendaciones para el abordaje médico de la violencia de género
 - ¿Qué instituciones pueden prestar ayuda ante situaciones de violencia?
 - Sugerencias para el encuentro con las posibles víctimas
 - ¿Qué hacer en caso de que se identifique el empleo de la violencia?
 - Privacidad y confidencialidad
 - ¿Cómo preparar y prepararnos para el enfrentamiento a la violencia de género?

En cuestión de formato, la guía constituye un material de 26 páginas con orientación vertical de 21.59 cm x 27.94 cm.

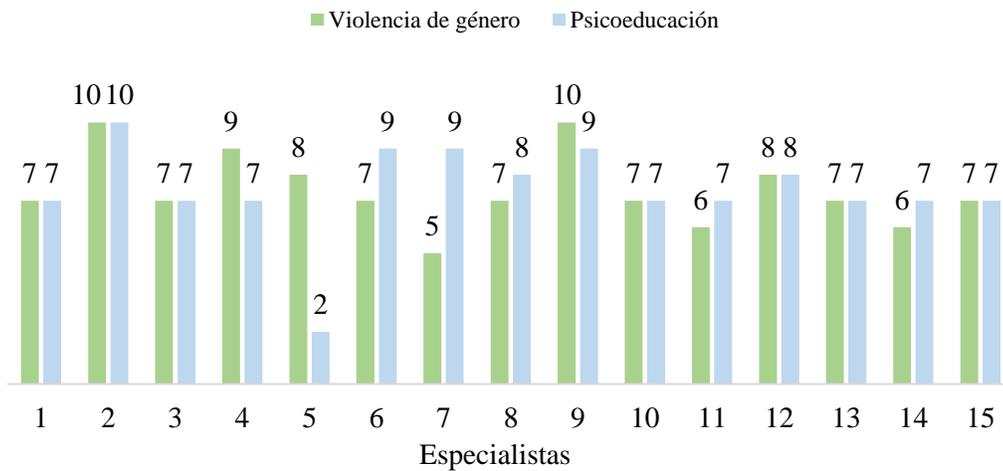
Fase 2. Evaluación de la guía psicoeducativa

La evaluación de la guía psicoeducativa se realiza a partir de las consideraciones de Crespo (2007). Tal como se presenta en el capítulo anterior, se conforma una muestra de especialistas intencionando que el coeficiente de competencias (K) se encontrara ubicado en los niveles medio y alto. De este modo se procura que los juicios emitidos ganen en valor y se acerquen de modo más certero al fenómeno que evalúan.

De acuerdo a las consideraciones del mencionado autor, para establecer el coeficiente de competencias, cada especialista debe autoevaluar su nivel de conocimiento (Kc) y el grado de influencia de las fuentes de argumentación (Ka), la sumatoria de estos elementos determina K.

La violencia de género y la psicoeducación son las dos categorías sobre las que los especialistas deben indicar su nivel de conocimiento. El gráfico 11 muestra que predominan las evaluaciones iguales y superiores a los 7 puntos en ambas categorías, la media de conocimiento se ubicó en 7.4 puntos.

Gráfico 11. Autoevaluación de los niveles de conocimientos

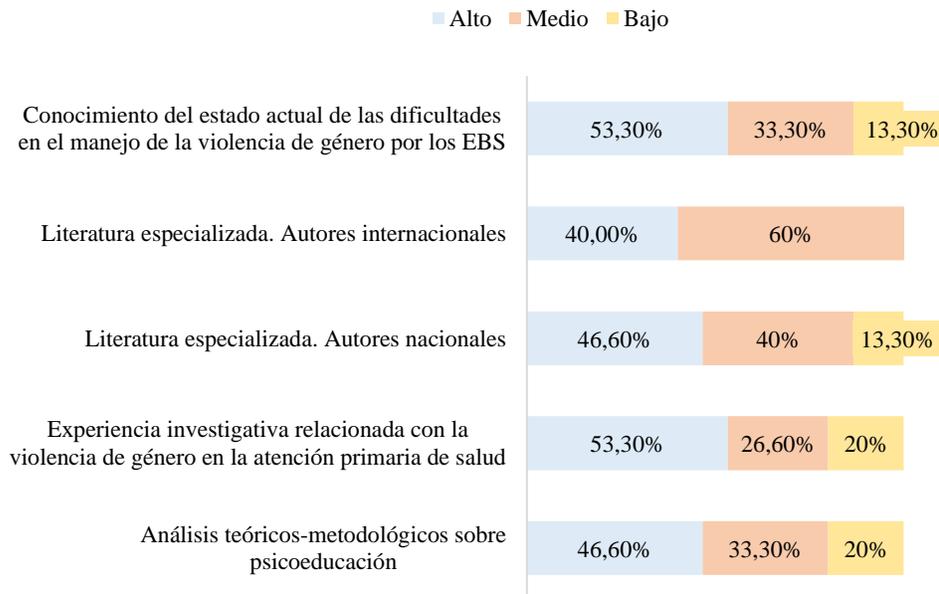


Las fuentes de argumentación, según Crespo (2007), son definidas por la investigadora de acuerdo a los propósitos trazados para la evaluación de los especialistas. Atendiendo a esto, en la investigación se establecen las siguientes:

1. Análisis teóricos-metodológicos sobre psicoeducación.
2. Experiencia investigativa relacionada con la violencia de género en la atención primaria de salud.
3. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.
4. Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores extranjeros respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.

5. Conocimiento del estado actual de las dificultades en el manejo de la violencia de género por los equipos básicos de salud.

Gráfico 12. Grados de influencia de las fuentes de argumentación



De acuerdo a lo que se refleja en el gráfico 12, excepto en la revisión de literatura especializada de origen extranjero que el 60 % reconoce un nivel medio, en las restantes fuentes de argumentación predomina el nivel alto.

Con la obtención de los coeficientes de argumentación y conocimientos, se establece el coeficiente de competencia. En este sentido, predomina el nivel medio con el 73 % y el nivel alto alcanza el 27 %.

Para la evaluación de la guía psicoeducativa y tomando como referentes a Crespo (2007), Martín (2011) y Proenza (2015), se establecen los siguientes indicadores:

1. Calidad del diseño.
2. Efecto.
3. Capacidad orientadora.

4. Viabilidad.

Con relación a la **calidad del diseño**, uno de los aspectos que se tienen en cuenta es la utilización de un lenguaje claro y preciso. El 93.4% de los especialistas manifiesta estar de acuerdo con el cumplimiento de este indicador en la guía.

En cuanto a la concordancia entre el diseño y los contenidos que se abordan, el 53.3 % indica acuerdo mientras que el 33.3 % muy de acuerdo. De este modo el 86.6 % evalúa de manera positiva este aspecto. El 93.3 % demuestra acuerdo acerca del apoyo que brinda al cumplimiento del objetivo de la guía, la estructuración en tres partes. En este sentido, predomina el 73.3 % que expresa estar muy de acuerdo con la presencia de tres partes en la guía.

El 99.9 % afirma estar de acuerdo con el logro de la correspondencia entre los contenidos que se tratan en cada una de las tres partes. De ellos el 66.6 % precisa estar muy de acuerdo.

Otro de los indicadores que se evalúa es la **capacidad orientadora** del material. El 100 % manifiesta estar de acuerdo ante la consideración de que el orden dado a los contenidos favorece el acercamiento del personal de salud a la violencia de género. En este sentido, el 60 % expresa estar muy de acuerdo y el 40 % restante, de acuerdo.

Ante el cuestionamiento de si la guía refleja con calidad y precisión la responsabilidad del Equipo Básico de Salud en la prevención y manejo de la violencia de género, el 93.4 % manifiesta acuerdo con que se cumple este aspecto.

En cuanto al **efecto**, el 100 % está de acuerdo (53.3 % muy de acuerdo; 46.7 % de acuerdo) con que los contenidos de la guía psicoeducativa permiten alcanzar el objetivo propuesto. De igual modo, el 100 % muestra acuerdo (53.3 % muy de acuerdo; 46.7 % de acuerdo) acerca de que la guía psicoeducativa propuesta puede contribuir a perfeccionar el manejo que dan los equipos básicos de salud a la violencia de género.

El 100 % de los especialistas consultados señala, en cuanto a la **viabilidad**, que se cuenta con las condiciones para la implementación de esta guía psicoeducativa.

A partir de las recomendaciones que ofrecen los especialistas se realizan un conjunto de modificaciones a la guía. En la tabla 4 se puede constatar que las propuestas giran en torno a particularidades de los roles que se asumen en las situaciones violentas, causas sociales y económicas que favorecen la estancia de la víctima junto al victimario así como información sobre las instituciones que pueden prestar ayuda en casos de violencia.

Recomendaciones	Modificaciones
1. Especificar las instituciones que pueden prestar ayuda ante situaciones de violencia de género.	1. Se incorporaran información sobre las instituciones a las que pueden acudir las personas relacionadas con situaciones de violencia.
2. Incorporar posibles causas de orden social y económico que influyen en que las víctimas se mantengan en las situaciones de maltrato.	2. Se añadieron aspectos de orden social y económico dentro de los elementos que influyen en la permanencia de las víctimas en las situaciones de violencia.
3. Perfeccionar la redacción en el enunciado de la página 15.	3. Se corrigió la redacción en el enunciado en la página 15.
4. Omitir el empleo de negaciones en el apartado ¿Qué hacer en el caso de que se identifique el empleo de la violencia?	4. Se corrigió la redacción, disminuyendo el empleo de negaciones.
5. Aumentar la descripción del rol de testigo.	5. Se agregaron elementos a la descripción.

Tabla 4. Modificaciones recomendadas a la guía psicoeducativa.

En sentido general, “Violencia de género. Guía psicoeducativa para los equipos básicos de salud” es valorada de manera satisfactoria. En cada uno de los indicadores evaluados, predominan

porcientos elevados de acuerdo, lo que demuestra que desde la proyección de los especialistas consultados cuenta con un diseño que facilita alcanzar el objetivo trazado y favorece la capacidad orientadora de ésta como recurso que preparará en materia de violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad. Es considerada como una propuesta viable dadas las limitaciones en la preparación del personal médico y la carga asistencial en su ejercicio profesional; capaz de lograr el efecto que se pretende.

Conclusiones

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 pertenecientes al Grupo Básico de Trabajo 3 del policlínico XX Aniversario 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 sobre violencia de género. En ella se abordaron generalidades acerca del problema de salud estudiado, la responsabilidad del personal médico ante esta problemática y recomendaciones para el trabajo preventivo en el ámbito comunitario.
- La guía psicoeducativa elaborada fue evaluada de manera satisfactoria por los especialistas atendiendo a calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad de la misma.

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

- Comunicar los resultados obtenidos a los participantes en la investigación así como a los funcionarios de la dirección municipal de salud y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).
- Implementar la guía psicoeducativa con los miembros de los equipos básicos de trabajo que conforman el GBT 3 del policlínico XX Aniversario.
- Extender la investigación a otros Grupos Básicos de Trabajo de la atención primaria de salud en el municipio Santa Clara.
- Proponer a la dirección municipal de salud en Santa Clara la realización de capacitaciones sobre la violencia de género, incluyendo las vías para su prevención y atención desde las instituciones de salud.

Referencias bibliográficas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajzen, I & Fishbein, M. (1980) Predicting and understanding consumer behavior: Attitude behavior correspondence, en Ajzen y Fishbein (eds.) Understanding attitudes and Predicting Social Behavior, Englewood Cliffs, N. J.: Prentice- Hall.
- 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.
- Alemañy E, Díaz-Perera G. Family medicine in Cuba. Medwave 2013; 13(3):e5634 doi:10.5867/medwave.2013.03.5634
- Alfonso, A. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. . *Revista Cubana Salud Pública.*, 32(1), 15.
- Almenares, M., Louro, I., & Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (3), 285-292.
- Aranda, M., Montes-Berges, B., Castillo-Mayén, M. R. y Higuera, M. (2014). Percepción de la segunda victimización en violencia de género. *Escritos de Psicología*, 7(2), 11-18. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2014.1502>
- Artiles de León, I. (2000). 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).
- 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.ipfwhr.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).

- Caballero, T. (2002). Análisis de la violencia familiar: propuesta de una metodología para el trabajo preventivo de los trabajadores sociales. Santiago, 108-121.
- 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.
- Caricote Agreda, Esther. (2006). Influencia de los estereotipos de género en la salud sexual en la adolescencia. *Educere*, 10(34), 463-470. Recuperado en 13 de enero de 2017, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000300009&lng=es&tlng=es.
- Caro, C. (2008): "Un amor a tu medida. Estereotipos y violencia en las relaciones amorosas" en "Mujeres Jóvenes en el siglo XX", *Revista de Estudios de Juventud*, (83, Diciembre de 2008), 213-228
- Castañeda I, Astraín ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso AC. (1999). Algunas reflexiones sobre el género. *Revista Cubana de Salud Pública* 25(2):129-42.
- Castañeda, I. E., Corral, A. y Barzaga, M. (2010). Perfiles de género y salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(2), 132-141. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21416135006>.
- 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.
- Crespo, T. (2007). Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima, Perú: San Marcos.
- Creswell, J. (2005). *Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Pearson Education Inc.
- 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 la Torre E, López C, Márquez M, Gutiérrez JA, Rojas F. La salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005.

- Delgado, C. (2010). Las raíces de la violencia de género. In N. Marchal, Manual de lucha contra la violencia de género (pp. 43-64). Pamplona: Aranzadi, Thomson Reuters.
- Díaz López R, Arencibia Márquez F. (2010). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en asistentes a consulta de psicología. *Revista Médica Electrónica*; 32(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-82420_10000200004&script=sci_arttext
- Díaz, R. (2012). Propuesta de prácticas para la atención a la violencia intrafamiliar como problema social y de salud. En *Familia, género y violencia doméstica. Diversas experiencias de investigación social*. (246-269). La Habana: Instituto Cubano de investigación Cultural Juan Marinello.
- Díaz, S. (2014.). Los Métodos Mixtos de Investigación: Presupuestos Generales y Aportes a la Evaluación Educativa. . *Revista Portuguesa de Pedagogía.*, 48(1), 23.
- Domínguez-Alonso E, Zacca E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Publica Mex*;53.
- Domínguez, J., García, P. y Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24, 115-120.
- Escribà, V., Ruiz, I., Montero, M. I., Vives, C. y Plazaola, J. (2010). Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosomatic Medicine*, 72, 383-389. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d2f0dd>
- Espinosa, M., Alazales, M., Madrazo, B., García, A., & Presno, M. (2011). Comportamiento de la violencia doméstica en mujeres pertenecientes al consultorio "Altos de Milagro". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(2), 261-269
- Fernández, M. (2007). El médico de familia ante situaciones de violencia. *Atención Primaria.Editoriales.*, 39(2), 3.
- Ferrer, D & Suz, M. (2014). La violencia. Apuntes para su comprensión. En *Secretos de convivencia. Comunicación, violencia y relaciones humanas*. (pp. 9-18). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas.
- Franco, M; Kennelly, J.; Cooper, S. & Ordunez-Garcia, P.(2007). La salud en Cuba y los objetivos de desarrollo del milenio. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (4), pp.239-250.
- Gracia, E. & Lila, M. (2007). El papel de los profesionales de la salud en la detección y prevención de la violencia doméstica. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 12.
- 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. & Castellanos, B. (2003). *Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza, C. P. (2008) El matrimonio cuantitativo cualitativo: el paradigma mixto. In J. L. Álvarez Gayou (Presidente), 6º Congreso de Investigación en Sexología. Congreso efectuado por el Instituto Mexicano de Sexología, A. C. y la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, Tabasco, México.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Retrieved from www.elosopanda.com
- Instituto Canario de la Mujer. (2007). *Guía para la Atención a Mujeres Víctimas de la Violencia de Género*. Canarias: Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Bienestar Social, Juventud y Vivienda. Gobierno de Canarias.
- Johnson, M. (2014). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 289–296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.00>
- 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. .
- Larena, R., & Molina Roldán, S. (2010). Violencia de género en las universidades: investigaciones y medidas para prevenirla. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 1(2), 202-219. Consultado de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/tsg/article/view/911>
- Machado, M. & Parra, M. (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.
- Martínez, M. (2004). Women victims of domestic violence: consequences for their health and the role of the health system. En R. Klein y B. Walln (Eds.), *Conflict, gender and violence* (pp.53-71).Vienna: Studien- Verlag.
- Martínez-Donate, A. y Rubio, V.J. (2015). *Enfoque biopsicosocial de la salud*. Madrid: UAM

- Matud, M. P. (2004). Diseño y validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja. Informe de investigación. Madrid: Instituto de la Mujer
- Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-astro J. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Mexicana* 2003; 45;472-482
- Menéndez, S; Pérez, J; Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, vol. 22, núm. 1, pp. 41-53
- Montalván H. I. (2009) Malos tratos, violencia doméstica y violencia de género desde el punto de vista jurídico. *Circunstancia*, (12) Instituto Universitario de Investigación Ortega y Gasset. (Edición digital).
- Montes-Berges, B., Aranda, M. y Castillo-Mayén, M. R. (2011). EMDR para el tratamiento de estrés postraumático en casos de violencia de género. Comunicación presentada en el Encuentro nacional de Servicios psicológicos y psicopedagógicos universitarios, Málaga
- Montiel, C. (2012.). *Programa psicoeducativo de sensibilización intercultural para la inserción de estudiantes extranjeros en la universidad*. (Trabajo de Diploma.). Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas. Santa Clara.
- Onwuegbuzie, J., & Johnson, R. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112-133
- Organización de Naciones Unidas. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). Informe sobre la salud en el mundo. Obtenido de <http://www.who.int/whr/1996/es/>
- _____. (2002). Informe Mundial sobre Violencia y Salud. Obtenido de <http://www.paho.org>
- _____. (2013). Informe sobre la salud en el mundo. Obtenido de <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de Médicos Generales. (1996). *Reflexiones sobre el maltrato como problema de salud*. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid

- Pérez, V. & Hernández, Y. (2009). La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 25(2).
- Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. (2004), Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica* (122), 461-7.
- Proenza, L. (2015). Diseño de una Guía Psicoeducativa para el cuidador principal del paciente con cáncer de cabeza y cuello. (Trabajo 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).
- Riquer, F. (2009), La Ruta crítica que siguen las mujeres víctimas de violencia de género en su hogar. El caso de Veracruz. México, Instituto Veracruzano de la Mujeres.
- Robin, E., & Freeman, J. (2001). *The Encyclopedia of Child Abuse*. New York: Facts On File.
- 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.
- Rojas, V. (2011). Metodología de la investigación. Bogotá : Ediciones de la U.
- Rojas, K., Gutiérrez, T., Alvarado, R. & Fernández, A. (2015). Atención Primaria., 47(8): 490-497
- Sánchez, D. (2011). *Elaboración de una Guía Psicoeducativa para los familiares de niños con enfermedad oncológica*. (Trabajo de Diploma), Universidad Central "Marta Abreu " de Las Villas., Santa Clara.
- Sánchez, T., & Hernández, N. (1999). Violencia conyugal. *Sexología y Sociedad.*, 10(4).
- Savater, F. (1995) Los requisitos de la tolerancia, *Diario El País*, 22 de abril, 13.
- Terris, M. (1975). Aproximaciones a una epidemiología de la salud. *Journal of Public Health*, (65), 1037-1045.
- Todd, Z., & Lobeck.M. (2004). *Integrating survey and focus group research*. Psychology Press.
- Torrallas, A. (2012). El psicólogo clínico y la violencia contra la mujer: situación en Holguín. En *Rompiendo silencios. Lecturas sobre mujeres, género y desarrollo humano*. La Habana: Editorial de la Mujer.

- Torrallas, A. & Cruz, R. (2013). El médico de la familia y la violencia contra la mujer. En *Rompiendo silencios. Lecturas sobre mujeres, género y desarrollo humano*. La Habana: Editorial de la Mujer.
- Trujano, Patricia, Martínez, Aimé Edith, & Camacho, Samanta Inés. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(2), 339-354.
- Ubillos, S., Mayordomo, S. y Páez, D. (2004). Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de la Acción Razonada y Acción Planificada. En Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S. y Zubieta, E. (coor.), *Psicología Social, Cultura y Educación* (pp. 301-339). Madrid: Pearson Educación.
- Valdez, C., Salazar, A., Hernández, E., Domínguez, M., Torre, R. & Barbosa, D. (2002). Violencia Intrafamiliar. Enfoque de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (4).

Anexos

Cuestionario sobre la atención a la violencia de género por el personal médico

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre la atención a la violencia de género por el 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..... 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, galletazos Presiones para hacer algo en contra de la voluntad

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 quiénes considera responsables de la detección de los casos de violencia de género en la comunidad?

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.

(0) Nunca	(1) Casi nunca	(2) A veces	(3) Muchas veces	(4) Siempre					
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?

(0) Nunca	(1) Casi nunca	(2) A veces	(3) Muchas veces	(4) Siempre					
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 _____

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

INSTITUCIONALES	PERSONALES
<input type="checkbox"/> Pobre conocimiento sobre el tema	<input type="checkbox"/> Carácter privado de la violencia
<input type="checkbox"/> Falta de privacidad en la consulta	<input type="checkbox"/> Temor a involucrarse en asuntos legales
<input type="checkbox"/> Falta de tiempo en la consulta	<input type="checkbox"/> Falta de conocimiento sobre el tema
<input type="checkbox"/> Falta de apoyo institucional	<input type="checkbox"/> Considerar que sobrepasa sus funciones
<input type="checkbox"/> Carencia de protocolos para la detección	<input type="checkbox"/> Temor a las consecuencias
<input type="checkbox"/> Pobre respaldo legal	<input type="checkbox"/> Otras _____
<input type="checkbox"/> Carencia de personal que brinde atención	
<input type="checkbox"/> Otras _____	

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

	Ámbito familiar o Personal	Lugar de trabajo	Barrio
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	___	___	___

Entrevista semiestructurada

Objetivo:

- Profundizar en el conocimiento del personal médico acerca de la violencia de género y la atención que brindan a la problemática en su desempeño profesional.

Indicadores:

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

VIOLENCIA DE GÉNERO

Guía psicoeducativa dirigida a los
Equipos Básicos de Salud

Ena L. Guevara Díaz

Dunia M. Ferrer Lozano

Arienny Prada Mier

ÍNDICE

UN ACERCAMIENTO AL TEMA	1
PARTE 1. VIOLENCIA DE GÉNERO. LO QUE SE DEBE CONOCER	
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
PARTE 2. PERSONAL MÉDICO Y VIOLENCIA DE GÉNERO	
RAZONES PARA LA ATENCIÓN MÉDICA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	7
FUNCIONES DEL PERSONAL DE LA SALUD ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	8
CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA.....	9
PERMANENCIA DE LA VÍCTIMA JUNTO AL AGRESOR. POSIBLES CAUSAS.....	10
MITOS.....	11
PROCESOS QUE DIFICULTAN LA IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.....	12
¿Qué elementos pueden dificultar el reconocimiento de las víctimas?	12
Con relación al personal de salud.....	13
INDICADORES DE SOSPECHA A TENER EN CUENTA EN LA ATENCIÓN SANITARIA.....	13
Indicadores de sospecha en los antecedentes y características de la mujer.....	14
Indicadores de sospecha durante la consulta.....	15
PARTE 3. RECOMENDACIONES PARA EL ABORDAJE MÉDICO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	
¿QUÉ INSTITUCIONES PUEDEN PRESTAR AYUDA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA?.....	16
SUGERENCIAS PARA EL ENCUENTRO CON LAS POSIBLES VÍCTIMAS.....	16
¿QUÉ HACER EN CASO DE QUE SE IDENTIFIQUE EL EMPLEO DE LA VIOLENCIA?.....	17
PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD.....	17
¿CÓMO PREPARAR Y PREPARARNOS PARA EL ENFRENTAMIENTO A LA VIOLENCIA DE GÉNERO?.....	18

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 a nivel mundial ha sufrido algún tipo de violencia por parte de algún marido, novio, amante o ex-pareja según la Organización Mundial de la Salud (2013). Esta misma fuente reveló que en el año 2014, el 36% de las mujeres de América sufrió 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.

En los Estados Unidos, cada año más de ochocientos mil hombres fueron víctimas de maltrato por parte de sus mujeres. Datos de Washington apuntan que cada 37 segundos un hombre es herido por su compañera con pistolas, cuchillos u otros objetos, además de ser frecuentes las lesiones por patadas, rasguños, mordiscos, y jalones de cabello. En Bolivia, se estiman seis víctimas masculinas cada día.

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 personas implicadas**, 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, han señalado 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
- Respuesta en los servicios médicos desde la sensibilidad y sentido común.

Los datos ofrecidos han puesto de manifiesto que el desempeño de nuestros profesionales de la salud se encuentra limitado, 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 sobre 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.

La guía pretende brindar una primera aproximación al tema desde una perspectiva general que permita, sin distinción de funciones profesionales en los equipos básicos de salud, reconocer esta problemática y fomentar la prevención en el contexto comunitario.

Por esta razón, para el uso de esta guía es necesario tomar en cuenta las características de cada comunidad, inclusive de cada paciente, las particularidades de la situación de violencia a la que se enfrenta y la disponibilidad de recursos en ese momento. 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 fue definida por la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1995 como: «**Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada**».

El género consiste en una construcción simbólica que hace cada sociedad y contiene atributos, formas de comportamiento, actitudes de acuerdo al sexo con el que nacemos. Se aprende, cambia con el tiempo y varía dentro y entre culturas.

Por lo tanto, la violencia de género puede ser ejercida o recibida tanto por hombres como por mujeres. 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 roles¹:

- **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 de manera directa porque con la pasividad admite y perpetúa la violencia.

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.

¹ 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 los seres humanos. 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 tanto desde un plano directo (acciones) o indirecto (omisiones) menoscaban la integridad de las víctimas. Se han propuesto múltiples clasificaciones de las manifestaciones de la violencia. :

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

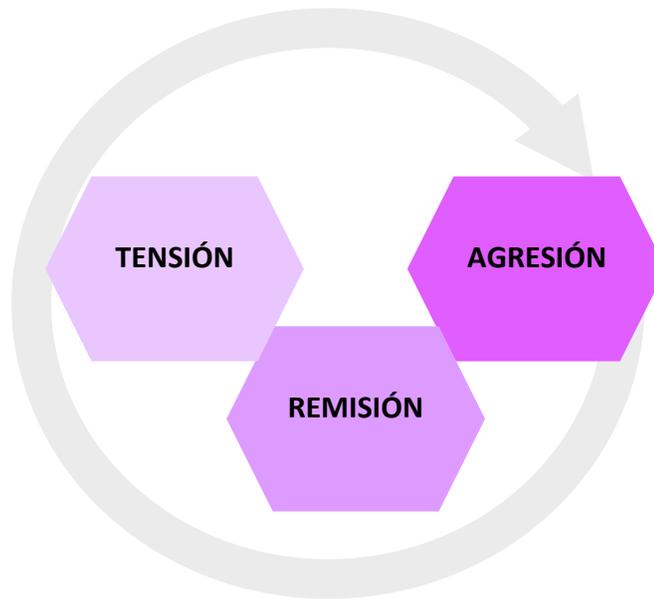
Aunque las lesiones físicas pueden ser más visibles, la percepción del daño responde a la lectura que haga cada individuo del acto en sí y la circunstancia en la que tenga lugar. Por lo tanto, la naturaleza de la agresión no determina la gravedad que provoca.

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

Violencia Física	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	<ul style="list-style-type: none"> Patadas Sacudidas Arañazos Cuchilladas Quemaduras Puñetazos Arrojar objetos o sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> Pinchazos Bofetadas Mordeduras Empujones Intento de asfixia Pegarle con objetos
Actos u omisiones que provocan daño en la estabilidad emocional del otro y afectaciones en la estructura de su personalidad	Violencia Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Coacciones Condicionamientos Intimidaciones Chantaje Insultos Exigir obediencia Devaluar al otro Atribuir culpas sin razón 	<ul style="list-style-type: none"> Prohibiciones Burlas, gritos Amenazas Humillaciones Rechazo Abandono Imposición del control Ignorar al otro, no escucharlo
<ul style="list-style-type: none"> Celos Limitar la decisión sobre fecundidad Tocamiento Relaciones sexuales forzados Poca responsabilidad ante el control de embarazo y/o ITS Crítica de la respuesta sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia Juegos sexuales forzados Ser abiertamente infiel Exposición a escenas eróticas sin desearlo Negar necesidades sexo-afectivas Violación Exigir vestimenta sensual 	Violencia Sexual	Cualquier acción u omisión que invada el espacio íntimo de la persona y atente contra su libertad sexual, degradación del cuerpo y su sexualidad
<ul style="list-style-type: none"> Limitar las decisiones que implican dinero Reclamar o recriminar por los gastos del otro Adjudicarse bienes o recursos del otro 	<ul style="list-style-type: none"> Decidir sobre los bienes del otro Controlar cuánto, cómo y dónde se gasta Exigir u obligar el ingreso de dinero 	Acciones u omisiones que afectan la subsistencia económica y pretenden el control de los ingresos, recursos y bienes del otro	Violencia Económica

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 agresor va en aumento sin motivo comprensible y aparente hacia la víctima. 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 víctima permanezca junto a él (o ella) y no le abandone, argumentando un arrepentimiento que puede parecer sincero. Este momento supone un refuerzo positivo para que la víctima 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 tema², se exponen las razones por las que la violencia de género debe formar parte de las rutinas diagnósticas de los profesionales de la salud.

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 un paciente 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 persona a la que se atiende 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 las víctimas 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 riesgo.

Las instituciones de salud mantienen el contacto permanente con la mayoría de la población adulta 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 víctimas de violencia basada en género. Sin embargo, no siempre se da a conocer los especialistas las experiencias de violencia que han padecido, a menos que se les pregunte.

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 se revele un hecho de violencia. Las y los proveedores de salud se encuentran en una situación propicia para ayudar a las 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 de género.

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.

² 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.

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 las víctimas y contribuir a alcanzar una visión más integrada y holística de la salud.

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

Dada la prevalencia de la violencia de género, la mayoría de los proveedores de salud, 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 del paciente, su bienestar y hasta su vida. Por ejemplo, el personal de salud puede causar perjuicios, sin advertirlo, al:

- Expresar opiniones negativas acerca de la víctima después que esta ha sido golpeada o violada.
- Hablar sobre las lesiones de un paciente en una sala de consulta, mientras la conversación es escuchada por un potencial victimario que está esperando afuera.
- Violar la confidencialidad al compartir con otro miembro de la familia, sin el consentimiento de la víctima, 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 persona puede encontrarse en peligro.
- Regañar o negar ayuda a una víctima que en un primer momento rompió la relación con el victimario y luego regresó o que lo denunció y retiró posteriormente la denuncia.

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 a todos los pacientes sobre la existencia de prácticas violentas, 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.
- Incorporar la violencia como una posible causa de los problemas de salud de los pacientes.

- Informar y remitir a los pacientes a las instituciones disponibles en la comunidad.
- Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a las víctimas 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 y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- Establecer coordinaciones 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 ella. En tanto factor de riesgo, sienta las bases para que se pueda afectar de modo integral la salud. Se ha demostrado 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)

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

Los efectos de los malos tratos pueden ser a corto y a largo plazo, 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 víctima 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 aprendida³
- La dependencia emocional del agresor
- La vergüenza y el sentimiento de culpa
- La preocupación por hijos e hijas
- El sentimiento de fracaso
- 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
- Carencia de redes de apoyo⁴ y recursos materiales
- Dificultades económicas

³ 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.

⁴ Se entiende redes de apoyo como la presencia de una o varias personas que pudieran brindar ayuda, colaboración en un momento determinado. Se supone que existe un vínculo afectivo con el destinatario.

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 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 4. 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 5. 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.

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 de este problema de salud.

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”*.

¿QUÉ ELEMENTOS PUEDEN DIFICULTAR EL RECONOCIMIENTO DE LAS VÍCTIMAS?

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

6. Utilización de servicios sanitarios

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

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 víctima:

- Temeroso, evasivo, incómodo, nervioso, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Rasgos depresivos: triste, desmotivado, desilusionado, 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:
 - Temeroso en las respuestas
 - Busca constantemente su aprobación

3. Actitud de la pareja

- Solicita estar presente en toda la consulta
- Muy controlador, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con la víctima
- A veces colérico u hostil con la víctima o con el profesional de la salud

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.

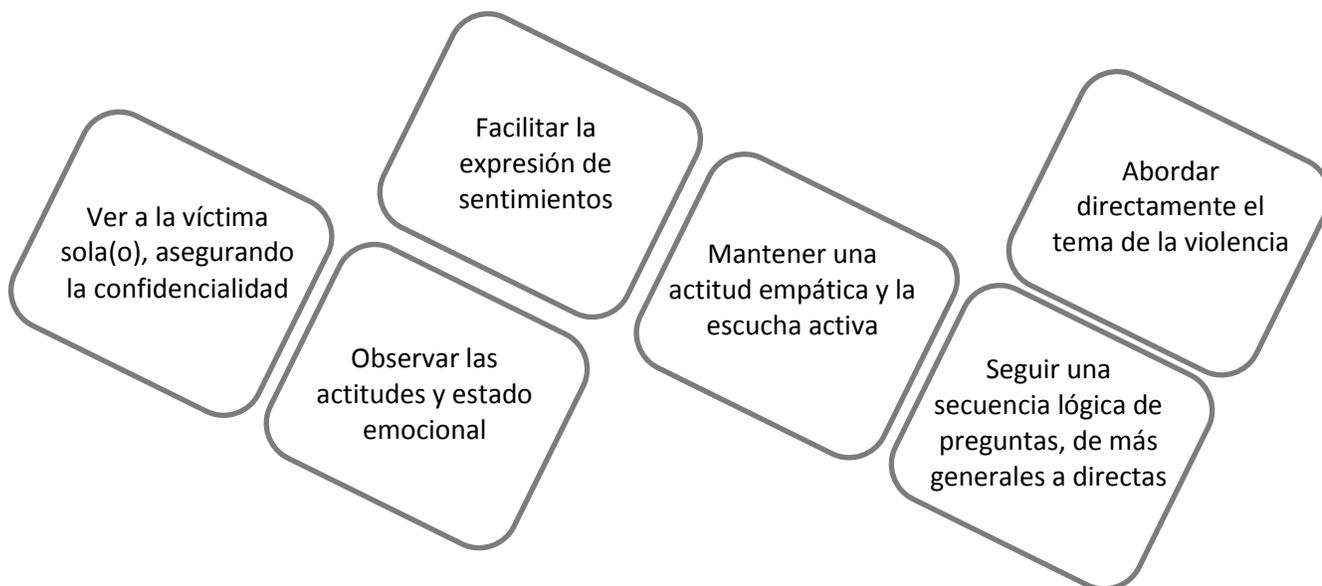
¿QUÉ INSTITUCIONES PUEDEN PRESTAR AYUDA ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA?



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?

Evitar el sentimiento de culpabilidad por la situación de violencia.

Intentar **atenuar el miedo** que despierta la revelación del abuso.

NO poner en duda los acontecimientos, no emitir juicios.

Ayudarle a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.

Alertar sobre los **riesgos** y **aceptar** su elección.

NO crear falsas esperanzas.

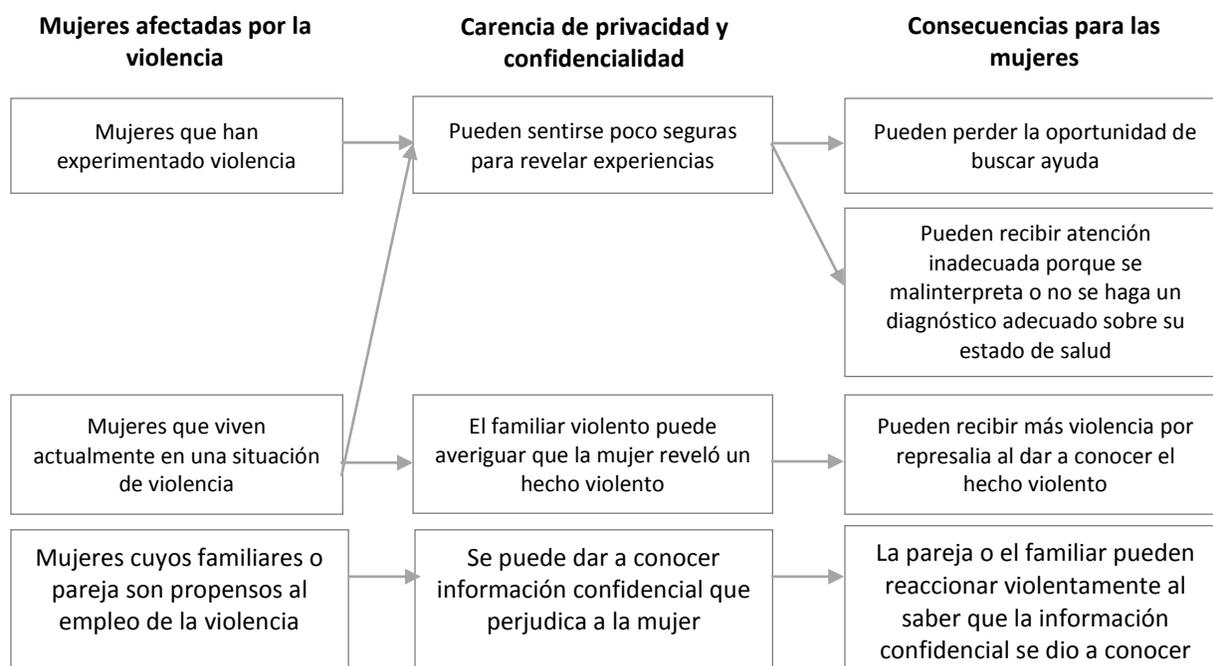
Brindar la **atención justa a la sensación de peligro** expresada por la víctima.

Evitar las posturas paternalistas

NO criticar a la víctima por la **respuesta o ausencia de ésta** ante elementos vinculados a la situación de violencia.

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 LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD:

- 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 la violencia donde explique el papel del personal sanitario.
- Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

Encuesta sobre las competencias acerca de la violencia de género y la psicoeducación

Esta encuesta tiene como propósito determinar las competencias sobre la violencia de género y la psicoeducación.

Sus criterios y opiniones se manejarán de forma anónima. Agradecemos su colaboración.

Nombre: _____ Edad: _____ Título académico: _____
 Años de experiencia: _____ Grado científico: _____ Categoría docente: _____
 Ocupación: _____ Institución donde labora: _____

1. Marque una cruz (X) en la escala siguiente, la casilla que refleja su nivel de conocimiento acerca del manejo de la violencia de género en la atención primaria de salud.

Considere que el número 10 corresponde al mayor nivel y el número 1 al menor nivel de conocimiento.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Marque una cruz (X) en la escala siguiente, la casilla que refleja su nivel de conocimiento acerca de psicoeducación.

Considere que el número 10 corresponde al mayor nivel y el número 1 al menor nivel de conocimiento.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. A continuación se presentan una serie de fuentes de argumentación y usted debe indicar el grado de influencia de cada una en sus criterios. Marque con una cruz (X), según corresponda, en alto, medio y bajo.

Fuentes de argumentación	Grado de influencia de cada una de las fuentes en sus criterios		
	Alto	Medio	Bajo
Experiencia investigativa relacionada con la violencia de género en la atención primaria de salud.			
Análisis teóricos-metodológicos sobre psicoeducación.			
Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores nacionales respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.			
Análisis de la literatura especializada y publicaciones de autores extranjeros respecto al abordaje de la violencia en la atención primaria de salud.			
Conocimiento del estado actual de las dificultades en el manejo de la violencia de género por los equipos básicos de salud.			

Encuesta para la valoración de la guía psicoeducativa por el criterio de los especialistas

Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de un grupo de especialistas que evaluarán una guía psicoeducativa sobre la violencia de género. Su propósito radica en preparar sobre violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad.

Esta encuesta pretende valorar, de acuerdo a la calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad la guía psicoeducativa mencionada. Sus criterios y opiniones se manejarán de forma anónima. Agradecemos su colaboración.

Nombre: _____ Edad: _____ Título académico: _____
 Años de experiencia: _____ Grado científico: _____ Categoría docente: _____
 Ocupación: _____ Institución donde labora: _____

1. Evalúe el cumplimiento de los siguientes indicadores a partir de la escala que se le presenta a continuación:

Muy de acuerdo (MA)	De acuerdo (A)	Sin opinión (SO)	En desacuerdo (D)	Muy en desacuerdo (MD)
------------------------	-------------------	---------------------	----------------------	---------------------------

Indicadores	Valoraciones				
	MA	A	SO	D	MD
Se utiliza un lenguaje claro y preciso.					
El diseño empleado está en concordancia con los contenidos que se abordan.					
La estructura de la guía en tres partes apoya el cumplimiento del objetivo.					
Existe correspondencia entre los contenidos que se tratan en cada una de las partes.					
El orden dado a los contenidos favorece el acercamiento del personal de salud a la violencia de género.					
Los contenidos de esta guía psicoeducativa permiten alcanzar el objetivo propuesto.					
Se refleja con calidad y precisión la responsabilidad del Equipo Básico de Salud en la prevención y manejo de la violencia de género.					
La guía psicoeducativa propuesta puede contribuir a perfeccionar el manejo que dan los equipos básicos de salud a la violencia de género.					
Resulta viable la implementación de la guía psicoeducativa para los equipos básicos de salud sobre la violencia de género.					

2. ¿Considera necesario modificar, añadir y/o eliminar algún aspecto contenido en la guía psicoeducativa? ___ Si ___ No En caso positivo, especifique:

3. Agregue cualquier señalamiento y/o recomendación que considere importante para el perfeccionamiento de la guía psicoeducativa.