

Propuesta de guía psicoeducativa para la preparación sobre violencia de género de los Equipos Básicos de Salud (349)

Ena Lourdes Guevara Díaz

enalourdesgd@uclv.cu

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Cuba

Dunia Mercedes Ferrer Lozano

dunia@uclv.edu.cu

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Cuba

Arienny Prada Mier

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Cuba

Evelyn Fernández Castillo

efernandez@uclv.edu.cu

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Cuba

Luisa María Guerra Rubio

luisa@fcom.uh.cu

Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas
Cuba

Palabras Claves: guía psicoeducativa; violencia de género; equipos básicos de salud.

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, de acuerdo con Aldana & Gómez (2007). 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. (Alemañy & Díaz-Perera, 2013)

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, según apuntan Almenares, Louro & Ortíz (1999). Esta misma fuente reveló 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.

Si bien predominaron 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.

Las investigaciones de Méndez, Valdez-Santiago, Viniegra, Rivera y Salmerón (2003), Martínez (2006), Rojas, Gutiérrez, Alvarado y Fernández (2012), reportaron 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. (Caro, 2008)

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 abarcaron 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 fueron diferentes a los ofrecidos a nivel internacional 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 (2013), 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, EBS) 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.

Cumpliendo con la demanda realizada por el secretariado provincial de la Federación de Mujeres Cubanas en Villa Clara de realizar acciones encaminadas a minimizar el empleo de la violencia de género en la comunidad Dobarganes, del municipio Santa Clara por los altos índices de prácticas violentas identificados y la carencia de estudios reportados en este espacio; desde el año 2016 se lleva a cabo por profesores y estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, el proyecto "Menos violencia de género. Por una cultura de paz y equidad social". Su propósito radica en contribuir a la prevención de la violencia de género en la comunidad Dobarganes a través del fomento de una cultura de paz y equidad social.

Como parte de la fase inicial de este proyecto, dedicada a la caracterización de la problemática, se ahondó en la preparación sobre este tipo de violencia del Equipo Básico de Trabajo (GBT) número 3, perteneciente al policlínico XX Aniversario, por ser el personal de salud que presta servicio en esta comunidad. Los resultados obtenidos demostraron carencias en el conocimiento acerca de esta problemática e insuficientes recursos desde el punto de vista teórico encaminados a lograr la preparación en este tema.

Atendiendo a los elementos antes expuestos, 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 formuló como objetivo de investigación:

- 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.

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica realizada, la investigación ofrece un primer acercamiento a la preparación en violencia de género de profesionales de la salud en Santa Clara, y específicamente en una comunidad que pese a la alta

incidencia de las prácticas violentas que se han reportado en ella, 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. (Fernández, 2007)

Metodología

La investigación se desarrolló a partir del enfoque mixto de investigación. Esta propuesta metodológica permitió 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.

Se empleó un diseño secuencial. Cumpliendo con las particularidades de éste y los propósitos de la investigación. La etapa 1 se orientó a la determinación de las necesidades educativas de los miembros de los EBS, empleando un diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC). Los resultados obtenidos orientaron el desarrollo de la etapa 2, en la que mediante un diseño exploratorio secuencial se diseñó y evaluó la guía psicoeducativa.

En la etapa 1 se trabajó con todos los miembros de los EBS del GBT 3 del policlínico XX Aniversario, 45 en total. El 44.4% fueron profesionales de la medicina y el 55.6% de la enfermería. Predominó el sexo femenino, representando el 84,4%. La media de la experiencia laboral se ubicó en 15 años.

Para la obtención de la información se utilizó el Cuestionario sobre la atención a la violencia de género por el personal médico con el objetivo de explorar la atención a la violencia de género que brindan los equipos básicos de salud. Además, la entrevista psicológica permitió 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.

Para el procesamiento de la información se empleó 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 analizó mediante el análisis de contenidos. Ésta complementó los datos cuantitativos obtenidos.

Durante la etapa 2 la investigación se dividió en dos fases. En la fase 1 se diseñó la guía psicoeducativa a partir de las necesidades educativas identificadas en la etapa anterior. El resultado obtenido se sometió a la evaluación de 15 especialistas nacionales en la fase 2. De ellos, el 73,3% ostenta el grado de máster en ciencias y 26,3% doctores en ciencias. El 60% labora en la atención primaria con más de 5 años de experiencia profesional vinculados a casos de violencia de género.

Se empleó la Encuesta para la valoración de la guía psicoeducativa por el criterio de los especialistas, con el objetivo de valorar la guía psicoeducativa de acuerdo a la calidad del diseño, capacidad orientadora, efecto y viabilidad.

Resultados

Etapa 1

Predominaron 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%) y la presencia de estereotipos que atribuyen el rol de víctima a la mujer y de maltratador al hombre, dado en expresiones como: *“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”*.

Las manifestaciones más identificadas fueron de tipo psicológicas (gritos, 95.7%) y físicas (golpes, empujones y galletazos, 93.5%). Prevaleció la identificación del contexto familiar (52.3%) y dentro de él, de las relaciones de pareja (54.8%) como principales escenarios para las prácticas violentas.

El 76% sólo reconoce consecuencias físicas perceptibles, demostrando limitaciones en el conocimiento sobre el tema y brechas en la identificación el obviar otras consecuencias físicas que requieren una mayor exploración clínica mayor y las de carácter psicológico.

El 48.3% atribuyó la responsabilidad de la identificación de los casos de violencia de género a otros agentes de la comunidad. Sólo el 3.7% considera que es un deber compartido.

Si bien el 67.4% reconoce a la violencia de género como un problema de salud, el 55% no lo aborda en las consultas ni lo incorpora en su esquema diagnóstico. Solo ante la sospecha de un caso, el 90.6% realiza preguntas. Estos datos están demostrando que la capacidad de identificación de estos profesionales de la salud es muy reducida.

En este sentido, el pobre conocimiento sobre el tema constituye la principal barrera para la identificación de los casos (60%). No obstante, desde el punto de vista personal añadieron el temor a involucrarse en asuntos legales (60%) y la visión mitificada de que la violencia es un asunto privado (55.6%). En el plano institucional ubicaron además la falta de tiempo durante la consulta (60%).

Respecto a los casos identificados, el 74.4% refirió no saber qué hacer apelando al sentido común como estrategia de intervención.

Teniendo en cuenta las limitaciones identificadas en estos profesionales respecto al conocimiento sobre la violencia de género, sus responsabilidades en la identificación y atención a esta problemática; se identificaron las siguientes necesidades psicoeducativas:

- Conceptualización de la violencia de género con su multiplicidad de manifestaciones y contextos de expresión.
- Responsabilidad del personal médico ante la violencia de género.
- Recomendaciones para el abordaje sanitario de la violencia de género.

Etapa 2

Fase 1

Se diseñó el material “Violencia de género. Guía psicoeducativa dirigida a los Equipos Básicos de salud”. Su propósito radicó en preparar sobre violencia de género al médico y la enfermera de la comunidad. Se estructura en las siguientes partes:

- Parte 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.

- Parte 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.

- Parte 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.

Responde a la modalidad informativa de la psicoeducación, según Colom. Brinda un acercamiento general a la violencia de género como problema de salud y resalta la responsabilidad del personal médico en su abordaje. Además, ofrece recomendaciones para perfeccionar el desempeño profesional de los equipos básicos de salud ante la violencia de género promoviendo la sensibilización con esta problemática.

Fase 2

En cuanto a la evaluación de este material según el criterio de los especialistas, el 93.4% de éstos valoró como adecuado el diseño empleado. El 100 % reconoció que la guía posee capacidad orientadora. El 93.4% manifiesta que refleja con calidad y precisión la responsabilidad del equipo básico de salud en la prevención y manejo de la violencia de género.

En cuanto al efecto, el 100 % está de acuerdo con 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% evaluó como viable la guía psicoeducativa propuesta.

Discusión

Los aspectos abordados demostraron 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; resaltaron 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.

Las acciones para la identificación y atención que señalaron los profesionales estudiados se correspondieron 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 mantuvo 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

Los datos obtenidos evidenciaron 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.

Pese a la carencia de investigaciones que aborden esta temática y que se encaminen a proponer materiales para la atención a esta problemática, los resultados obtenidos concuerdan con los logrados por Baró, Mariño y Ávalos (2011), Díaz (2012) con profesionales en la provincia de Cienfuegos así como Cruz y Torralbas (2013) en el municipio Holguín.

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.

Bibliografía

- 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. (2013). Family medicine in Cuba. *Medwave*, 13(3).
- Almenares, M., Louro, I., & Ortiz, M. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (3), 285-292.
- 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).

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, 213-228.

Creswell, J. (2005). *Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Pearson Education Inc.

Cruz, R. & Torralbas, A. (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.

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.

Fernández, M. (2007). El médico de familia ante situaciones de violencia. *Atención Primaria.Editoriales.*, 39(2), 3.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. Retrieved from www.elosopanda.com

Méndez-Hernández P, Valdez-Santiago R, Viniegra-Velázquez L, Rivera-Rivera I, Salmerón-astro J. (2003). Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. *Salud Pública Méx*, 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*, 22 (1), 41-53.

Montalván H. I. (2009) Malos tratos, violencia doméstica y violencia de género desde el punto de vista jurídico. *Circunstancia*, (12).

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.

Valdez, C., Salasar, A., Hernández, E., Domínguez, M., Torre, R. & Barbosa, D. (2002). Violencia Intrafamiliar. Enfoque de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 18 (4).