



Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

**Tesis presentada en opción al grado científico
de Doctor en Ciencias de la
Salud**

***Violencia hacia la mujer por su pareja.
Intervenciones orientadas a su manejo integral.***

Autor: Profesor Auxiliar Laura Magda López Angulo, MSC.

Cienfuegos

2011

"Año 53 de la Revolución"



Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

**Tesis presentada en opción al grado científico
de Doctor en Ciencias de la
Salud**

***Violencia hacia la mujer por su pareja.
Intervenciones orientadas a su manejo integral.***

Autor: Profesor Auxiliar Laura Magda López Angulo, MSC.

Tutor: Profesor Titular Alfredo Espinosa Brito, Dr. C.

Asesor: Profesor Titular Mikhail Benet Rodríguez, Dr. C.

Cienfuegos

2011

"Año 53 de la Revolución"

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de Contenido	
Agradecimientos	
SÍNTESIS	
Introducción.....	1
1. Fundamentos teóricos y metodológicos para el estudio de la violencia.....	10
1.1. Contexto Histórico.....	10
1.2 Una propuesta conceptual de la Violencia en la Pareja.....	11
1.3 La violencia hacia la mujer por su pareja en el marco de la Salud Pública.	14
1.4 Una mirada a los Modelos explicativos precedentes.....	17
1.5. Sustentos teóricos que fundamentan el estudio de los factores influyentes en el problema.....	19
1.6. Delimitación de los Factores influyentes en la Violencia a la mujer por su Pareja.....	22
1.7. El Modelo Multidimensional: Similitudes y Diferencias con otros modelos.....	32
Conclusiones del Capítulo I	33
2. Diseño Metodológico.....	34
2.1. Aspectos generales.....	34
2.2 Contexto de la investigación	34
2.3. Etapas de la investigación	35
2.4 Diseño de los estudios	36
2.5 Factores definidos para la exploración cuantitativa del primer objetivo.....	37
2.6. Participantes en el estudio. Procedimientos para su selección.....	39
2.7. Técnicas y procedimientos de recogida de información:.....	42
2.8. Técnicas y procedimientos estadísticos	47
2.9 Fases III y IV de la IAP:.....	49
2.10 Elaboración del Modelo	49
2.11. Regulaciones éticas.....	50
3. RESULTADOS FUNDAMENTALES	53
3.1. Factores Socio-demográficos	53

3.2. Factores relacionales.	54
3.4 Utilización de los servicios de salud.....	61
3.5. Resultados de los factores dependientes de la Comunidad.	62
3.6 Obtención del Modelo Multidimensional	65
3.7 Implementación de las actuaciones.....	68
3.8 Resultados de la Fase IV de la IAP de los Servicios de Salud	71
4. Análisis y Discusión de los Resultados	75
4.1. Análisis y discusión de los factores socio-demográficos, relacionales e individuales	75
4.2. Análisis y Discusión relacionados con la Comunidad.....	87
Conclusiones	111
Recomendaciones	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
Anexos	136

AGRADECIMIENTOS

A la persona que me acompañó en este trabajo desde el principio y hoy ya no está, Profesor de Mérito Juan José Apollinaire Pennine.

A mi tutor, el Dr. C. Alfredo Darío Espinosa Brito, por su inconformidad, por exigirme lo mejor, por su constante ayuda y guía.

Al Dr. C. Mikhail Bennett, por sus enseñanzas y por su permanente apoyo.

A mis padres, René y Emilia por contribuir al desarrollo de valores y cualidades volitivas tan necesarios para conseguir los afanes y propósitos en mi proyecto de vida.

Al Ing. Osvaldo Canel Núñez, MSc. Mi esposo, por estar siempre allí, para mí.

Al Ing. Osvaldo Canel Jr, al Lic. Alan Canel, mis hijos y a mi nieta Gabriela Canel, por estar siempre pendientes de que su mamá y abuela, siga adelante.

A la Dra. Lourdes López, mi hermana por no permitirme no alcanzar la meta.

A la Lic. Marianela Fonseca, MSc., por acompañarme y brindarme su incondicional y meritoria ayuda.

A la Lic. Aimée Seife, por su valiosa ayuda con la trabajosa bibliografía.

A mis compañeros de trabajo, por su constante apoyo y palabras de aliento.

A todos los profesionales y estudiantes que fueron coautores de este estudio por haberlo hecho muy bien.

A todos los gestores sociales que reflexionaron, crearon, propusieron y actuaron para mejorar la realidad.

A mis padres y a mi hermana.

A mi esposo, hijos y nieta.

Acta de derechos de la mujer maltratada

Yo tengo derecho a no ser golpeada jamás

Yo tengo el derecho de cambiar la situación

Yo tengo el derecho de vivir libre del temor a ser golpeada

Yo tengo el derecho de requerir y esperar una correcta atención por parte de la policía y los sistemas de atención que necesite

Yo tengo el derecho de compartir mis sentimientos y no ser aislada de familiares, amigos y otras personas

Yo tengo derecho a ser tratada como una persona adulta

Yo tengo derecho a salir de un ambiente de maltrato

Yo tengo derecho a mi privacidad

Yo tengo el derecho de expresar mis propios pensamientos y sentimientos

Yo tengo derecho a desarrollar mis habilidades y talento personal

Yo tengo el derecho de denunciar a mi esposo/compañero golpeador

Yo tengo derecho a no ser perfecta

Fuente: "Understanding Wife Assault", de D.Sinclair y ha sido tomada del libro "Battered wives and powerless loss: what can counsellors do?" de Patricia G.Ball y Elizabeth Wyman.

SÍNTESIS

Con el objetivo de implementar acciones apropiadas para el manejo integral del problema de la violencia hacia la mujer por su pareja, fue realizado un estudio a *"ciclo completo"* en Cienfuegos, desde el mes de junio de 2002 hasta el mes de diciembre de 2009 que combinó diseños cuantitativos y cualitativos. El estudio fue proyectado para ser desarrollado en dos etapas investigativas. En la primera etapa fueron ejecutadas cinco investigaciones, la primera investigación estuvo, dirigida a determinar los factores sociodemográficos, psicológicos y relacionales de las mujeres que son víctimas de violencia de pareja y las que no las denuncian y las que no son maltratadas y las cuatro investigaciones restantes a determinar los factores influyentes en la comunidad, entre ellos, los del sistema de servicios de salud.

A partir del análisis de los resultados encontrados fue confeccionado un Modelo Multidimensional explicativo, que integró los factores que influyen en la presentación del fenómeno, lo que permitió una mejor comprensión del problema y a la vez facilitó el mejoramiento en el accionar desde el nivel local.

En la segunda etapa se diseñan, planifican, implementan, aplican y evalúan las propuestas de cambio sustentadas en el carácter distintivo de la Salud Pública Cubana: la intersectorialidad, la transdisciplinariedad y la participación ciudadana.

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser la violencia hacia la mujer por su pareja, un fenómeno ancestral, es reconocido por la sociedad como un problema social y de salud vigente, no solo por los efectos deletéreos que ocasiona sino además porque nulifica los derechos humanos fundamentales.

Organizaciones internacionales han declarado que una de cada tres mujeres la sufre en algún momento de su vida, lo que la ha convertido en una "pandemia silenciosa" ⁽¹⁾, epidemia invisible" ⁽²⁾; y, se ha pronosticado que podrá ser incluida como una de las primeras quince causas de enfermedad y muerte en 2020 ⁽³⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera responsable del 5% a 16% de los años de vida saludable perdidos; un año perdido por cada cinco años de vida saludable. Es la primera causa de daño físico en el grupo de 15 a 44 años de edad y se le atribuye ser la causa de un descenso del 12,3% en el Producto Interno Bruto (PIB) mundial ⁽⁴⁾.

La OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) exhortaron a los estados miembros a estudiar el conjunto de factores que favorecen la aparición del problema, a implementar programas nacionales y proyectos locales que contribuyan a mejorar las respuestas institucionales del sector de la salud ⁽⁵⁾.

A las Ciencias de la Salud Pública no les basta con interpretar y explicar la situación de este problema de salud y las respuestas de los servicios de salud, sino además, servir de mediadora con la comunidad para viabilizar las acciones transformadoras necesarias que respondan a un contexto determinado.

Cuba fue el primer país en firmar, y el segundo en ratificar, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer ⁽⁶⁾. Nuestro Gobierno ha realizado ingentes esfuerzos para disminuir la incidencia de este problema a nivel social y se han logrado avances relevantes en lo económico, educativo, político, en lo jurídico, (ejemplo de ello, ley 62 del Código Penal y la Legislación Administrativa de Régimen Contravencional) ⁽⁷⁾. En 1997 se creó el Grupo de Trabajo Nacional para la Atención y Protección contra la Violencia Familiar. Sin embargo, en el sector de la salud no se ha implementado un programa nacional y; aunque existen acciones formalmente enunciadas en algunos documentos normativos, su aplicación

resulta insuficiente, así como las actitudes manifestadas en las prácticas cotidianas de los actores del Sistema de Salud ^(8,9) lo que, a criterio de la autora, ha retardado el posicionamiento acerca del papel que debe desarrollar el sector en el tratamiento de esta cuestión.

Es alentador que, recientemente, el problema se ha insertado en las *“Proyecciones de la salud pública cubana para 2015”*, que declaran, en el artículo número 12 referente a las áreas prioritarias relacionadas con el comportamiento: *“Promover y apoyar proyectos específicos que contribuyan a la prevención de las manifestaciones de violencia más relevantes en nuestro medio y que alerten a la comunidad sobre sus causas, efectos, dejándola de considerar como un fenómeno inevitable”*. *

La prevalencia a nivel mundial de la violencia hacia la mujer por su pareja se ha elevado en comparación con la década de los noventa, según el Banco Mundial, la OMS, la Unión Africana y la Comisión de los Derechos Humanos, que alcanza cifras desde 10% a 69% ⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. En Cuba no se cuenta con estudios nacionales acerca de la prevalencia de este problema entre nosotros. En el municipio cabecera de la provincia de Cienfuegos, según la primera medición del proyecto CARMEN (Conjunto de Actuaciones para Reducir las Enfermedades No Transmisibles), realizada en 2001-2002, fueron encontradas, en las categorías de frecuente y poco frecuente, cifras de violencia psicológica hacia las mujeres por parte de sus parejas, de 67,6% y de violencia física hasta en un 77,6%, datos no publicados del proyecto. Tampoco contamos con datos nacionales que reflejen el total de mujeres lesionadas por esta causa que la denunciaron.

En el año 2000 se reportaron 72 mujeres lesionadas, cifra cuadruplicada en el 2009; (datos recogidos en la Policía Nacional Revolucionaria); a pesar que, según cálculos, sólo se denuncian el 10% de las violencias vividas; este incremento no necesariamente refleja que ocurran en mayor cuantía sino que las mujeres están concientizando que es una violación de sus derechos fundamentales.

Otras estimaciones que revelan las consecuencias de esta problemática y la barbarie que entraña están dadas por la gravedad y las muertes ocasionadas; y también en esta provincia, los datos arrojan que estuvieron

* Ministerio de Salud Pública. *Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015*. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 2006.

graves, con peligro para la vida, el 10% y graves sin peligro para la vida el 7%, en 2001; cifra que se incrementó en el 2009 a 16% y 13%, respectivamente. ^(15,16)

En los últimos diez años ocurrieron 40 muertes injustas y evitables en la totalidad de los casos y que, por encontrarse las víctimas en las edades productivas de la vida (31-40 años), representaron una alta pérdida en años de vida. [*Datos recogidos en el Departamento de Medicina Legal*].

La morbilidad de las mujeres que denuncian el delito, fue similar en dos mediciones realizadas por la autora en los años 2000 y 2009. Más del 60% fueron clasificadas como enfermas, con predominio de los trastornos emocionales y de los trastornos cardiovasculares. El 31,2% presentaba riesgos y entre el 5% y el 6% estaban sanas. Además este grupo de mujeres sentía la necesidad de ser atendidas por los especialistas de las instituciones de salud y de conocer las leyes que las amparan, pues sólo el 1% las conocían. ^(15,16).

La violencia no es una enfermedad ⁽¹⁷⁾ - en el sentido más estricto del término- sino que desborda esta denominación y actúa como un factor mediatizador de una amplia gama de problemas de salud, entre ellos: el bajo peso al nacer (BP), las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y las conductas para-suicidas (I/S). ⁽¹⁸⁾ En tres investigaciones tutoradas por la autora, el 66% de las madres de niños nacidos BP sufrieron de violencia por su pareja durante la gestación y más del 20% de los casos sufrió violencia física. Un 86% de las mujeres que presentaron I/S, soportaron tanto violencia física como psicológica y un 13% de los casos sufrió también violencia sexual. Y el 70% de las mujeres portadoras de ETS también sufrieron el maltrato.

Los costos directos ocasionados por las prestaciones de los servicios de la policía se han duplicado. Si tenemos en cuenta que, en Cienfuegos, en el año 2000 fueron utilizados esos servicios por 372 mujeres, mientras que, en 2008, los utilizaron 500 mujeres y en 2009, 749. [*Datos recogidos en la Policía Nacional Revolucionaria*] mientras en los servicios de salud, el número de mujeres atendidas por lesiones aumentó cuatro veces más y en 2009 se ingresaron 116 mujeres y al 12% se les extendieron certificados médicos. A estos costos en los servicios de salud, se les agrega que las mujeres que denuncian el maltrato de pareja, asistieron cuatro veces más a consultas médicas, padecen cinco veces más de enfermedades relacionadas con el estrés y consumen diecisiete veces más medicamentos, predominantemente psicofármacos, que las no maltratadas.

^(15, 16)

La violencia de la pareja se sitúa entre los cinco problemas de salud que más afectan a las mujeres de la provincia Cienfuegos y es un asunto priorizado en el territorio, según las primeras secretarías de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC) de los ocho municipios de la provincia, en 2001. *

En el segundo quinquenio de la década de los noventa, la OPS efectuó un estudio multi-céntrico en seis ciudades de América Latina y en dos ciudades de España, que incluyó factores sociales y comunitarios relacionados con la violencia hacia la mujer, determinados por la cultura, la historia y la interacción humana. El objetivo era orientar las acciones del Proyecto Activa a partir de los resultados encontrados en este estudio. Entre los países de América Latina incluidos no se encontraba Cuba y no fueron estudiados los factores relacionados con la subjetividad de las víctimas, ni con la organización de los servicios de salud. ^(19, 20).

En la revisión bibliográfica realizada no se encontraron publicaciones de trabajos científicos nacionales que hayan configurado proyectos sociales para el conocimiento y transformación de la violencia hacia la mujer por su pareja con participación de la comunidad y con un enfoque transdisciplinario.

La UNICEF ha declarado que en estos últimos 20 años se han realizado en América Latina 27 programas dirigidos a la prevención, asistencia y recuperación de las mujeres maltratadas por su pareja (no se menciona a Cuba entre ellos), 12 en Europa, en Estados Unidos y Canadá, 9 en cada uno y 17 en África ^(21, 22).

En países de América Latina y el Caribe se han publicado las acciones llevadas a cabo en dichos programas para enfrentar el problema desde el sector salud. Bolivia, Colombia, México y Argentina establecieron vigilancia epidemiológica, acciones de prevención, elaboración de guías de buenas prácticas para la atención a las víctimas y procesos de capacitación a promotores y prestadores de servicios de salud. ⁽²²⁾

La introducción de programas de intervención elaborados en otros países requiere de análisis, reflexión y adecuación de las intervenciones a nuestro contexto, teniendo en cuenta los múltiples factores profesionales, psicológicos, sociales, económicos, filosóficos, culturales, históricos y medio ambientales; así como un tratamiento multi, inter y transdisciplinario, con una respuesta que incluya un proceso lo más participativo y general posible.

* Ponencia "La Mujer, Corazón del Desarrollo", presentada en Fórum Provincial de Ciencia y Técnica de Cienfuegos, 2001.

Las respuestas ante este problema del sector salud en Cienfuegos reflejan voluntad política; pero se presentan dificultades en el planeamiento, sistematización e integración de las actividades informativas-comunicacionales-educativas; en la detección, el diagnóstico, la asistencia oportuna y recuperación de las víctimas, y en la baja capacidad técnica de los proveedores de los servicios. Estas dificultades se evidencian en la revisión documental realizada en el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud de Cienfuegos y en los informes anuales del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud. Con referencia a la asistencia; la atención a las mujeres abusadas por su pareja que acuden en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud (SNS), está centrada en el tratamiento de las lesiones físicas y en el peritaje en las consultas de sanidad de las instituciones habilitadas para ello, pertenecientes a la Policía Nacional Revolucionaria (PNR), que no cuentan con los recursos mínimos necesarios para realizar una asistencia con calidad. No existen consultas multidisciplinarias, ni especializadas en la asistencia, protección y rehabilitación de las mujeres maltratadas, al igual que en el resto del país.

Los prestadores de los servicios de la Atención Primaria de Salud (A.P.S) admitieron tener conocimientos insuficientes acerca de las actividades que se pueden implementar en los tres niveles de prevención. El 81% de los médicos y el 90% de las enfermeras desconocían los factores influyentes de este problema y como la violencia impacta en la salud de las víctimas y solicitan cursos de post-grado. ⁽²³⁾

En la revisión de los programas de las disciplinas de Psiquiatría, Psicología y Medicina General Integral de las carreras de Medicina, Psicología y Enfermería, se puso de manifiesto que no se contempla con profundidad el tema de la violencia conyugal, lo que justifica las insuficiencias encontradas en las competencias profesionales en los prestadores de los servicios de salud.

En diversos países están declarados los manuales o guías para asistir a las mujeres víctimas de violencia; entre ellos: NELCWIT (The New England Learning Center for Women In Transition), en EE.UU y CAVAS (*Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales*), en España ^(24, 25, 26). En la revisión realizada, la autora no encontró protocolos de buenas prácticas publicados en nuestro país. Solamente se localizó el informe de la Tesis Doctoral en Ciencias Psicológicas de Dunia Ferrer que interviene en las competencias comunicativas en las parejas en que está presente la violencia psicológica. ⁽²⁷⁾

Se destacan de manera significativa numerosos trabajos realizados sobre la violencia hacia la mujer por su pareja en nuestro país a partir de la década de los 90 hasta el presente, éstos han colocado su acento en describir factores socio-demográficos, características identificativas y clasificatorias de los tipos de violencia, así como las percepciones que sobre el problema tienen los gestores del Sector de la Salud, las familias y las mujeres de la comunidad ^(28- 44). La metodología utilizada no les permitió adentrarse en la subjetividad de las mujeres maltratadas desde sus propias voces, no se basan de forma integral en las redes sociales que faciliten la comprensión del problema en sus diferentes niveles; ni colocan a los actores de la comunidad como protagonistas de los cambios.

Snell en 1975, Gayford y Barry en 1979 y Beck en 1982 advirtieron la necesidad de estudiar factores de la subjetividad en las mujeres abusadas ⁽⁴⁵⁾, Gelles y Strauss la necesidad de estudiar las relaciones interpersonales en el vínculo, las diferencias de edad, los roles atribuidos, el estrés propio del ciclo vital, la hermeticidad otorgada a los problemas familiares y Newman identificó factores individuales de riesgo que predisponen a la víctima, para aclarar su grado de participación en el acto punible ⁽⁴⁶⁾. Los aspectos subjetivos y del comportamiento humano relacionados con la violencia constituyen parte sustantiva y esencial del objeto de estudio de la psicología de la salud.

La tesis que se presenta es, hasta este momento, en el país, la primera aproximación al estudio de los factores influyentes en su conjunto, e incluye la implementación de acciones en los niveles preventivos-asistenciales y la propuesta de un modelo explicativo; además es el informe final de un proyecto ramal que se aprobó por el MINSAP y se desarrolló en la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Como se ha podido ver en los párrafos anteriores las intervenciones desde los sistemas de servicios de salud dirigidas a prevenir la violencia hacia la mujer por su pareja así como las acciones para asistir a las que son víctimas de ella son insuficientes, fragmentadas y desarticuladas en el Municipio de Cienfuegos y, por otra parte pudieran existir un conjunto de factores que van desde el nivel individual hasta el comunitario, incluyendo aquellos que tienen que ver con la familia de origen, los propios de la relación de pareja y los servicios que presta el Estado y otras organizaciones que no están bien conocidos. En este sentido caben las preguntas: ¿Cómo se asocian los factores socio-demográficos, los relacionales con la familia de origen, con la pareja y los psicológicos a la violencia hacia la mujer por su pareja?

¿Cómo consideran los representantes de la comunidad y de los sistemas de servicios de salud el problema de la violencia hacia la mujer por su pareja?

¿Cómo un conjunto de acciones articuladas, basado en los resultados del estudio de los factores contribuye al tratamiento integral de los problemas de la violencia hacia la mujer por su pareja?

Idea a defender

Existen factores personalógicas, relacionales, comunitarios y de los servicios de salud que influyen en la violencia hacia las mujeres. En ese sentido, un conjunto de acciones articuladas que aborden de manera integral estas dimensiones reducen de manera importante esa situación.

Objetivos:

- 1) Determinar los factores socio-demográficos, relacionales, personalógicos, comunitarios y de los servicios de salud, asociados con la violencia hacia la mujer por su pareja en el Municipio de Cienfuegos, durante el período 2002-2007.
- 2) Obtener un modelo explicativo que refleje la interrelación e interdependencia de los factores en la violencia hacia la mujer por su pareja en nuestro contexto
- 3) Establecer un conjunto articulado de acciones con el propósito de cambiar positivamente el problema de la violencia hacia la mujer por su pareja, tanto a nivel individual como comunitario, incluyendo el sistema de servicios de salud, en el municipio de Cienfuegos, durante el período 2006-2009.

Por la complejidad del fenómeno y constituir este estudio una investigación a Ciclo Completo se combinaron diseños de investigación que responden a la metodología cuantitativa y cualitativa, lo que condicionó la selección y aplicación del sistema de métodos, técnicas y procedimientos de nivel teórico y empírico necesarios para alcanzar los objetivos planteados.

En la primera etapa se realizaron cinco tareas investigativas que permitieron, mediante un estudio analítico-comparativo, usando instrumentos de evaluación psicológica y la entrevista, determinar la red de factores asociados a las víctimas. En la aproximación al estudio de los factores de la comunidad, y los propios de los servicios de salud se realizó una investigación-acción-participativa (IAP) mediante técnicas de discusión gru-

pal que, en su fase de Diagnóstico, permitió constatar de forma crítica los factores influyentes de la comunidad, permitió realizar la triangulación y la elaboración de un modelo explicativo.

En la segunda etapa, durante la Fase de Diseño de la Propuesta de Cambio se seleccionaron tres ámbitos para implementar acciones: Asistencia, Información-Comunicación-Educación (ICE) y Capacitación. Se diseñaron veinticinco tareas; once dirigidas a la asistencia, ocho a la ICE y seis a la capacitación. En la fase de Aplicación y Evaluación de la Propuesta de Cambio, se implementaron las acciones y se evaluaron mediante evaluación formativa, de proceso y de resultado, en los ámbitos de aplicación.

Aportes teóricos de la Investigación

- La presentación de una panorámica actualizada de este problema en el territorio en términos de cifras y categorías analíticas que permiten identificar lo que está aconteciendo, su transcendencia y las respuestas que la comunidad, dentro de ella los servicios de salud, les están concediendo.
- En aplicar una visión integradora del fenómeno que permita superar las limitaciones de otros estudios con énfasis en la subjetividad de las mujeres y en la esfera cognitivo-conductual de los actores sociales.
- La obtención de un modelo explicativo sobre la violencia hacia la mujer por su pareja.
- La delimitación de fundamentos teóricos, metodológicos y resultados de investigación sobre el tema pueden incorporarse como parte de los contenidos teóricos a los programas docentes de pregrado y postgrado, en ciencias médicas y de la salud.

Aportes metodológicos de la Investigación

- Desde el punto de vista metodológico, este trabajo pretende superar el conocimiento descriptivo de los estudios precedentes utilizando una complementación de metodologías cuanti-cualitativas para el estudio de los nuevos factores que faciliten la comprensión de este complejo y plurideterminado problema y el camino a seguir en la aplicación de un grupo de acciones para su mejoramiento preventivo-asistencial

Aportes Prácticos:

- Se considera que con la implementación de acciones originales, sistemáticas e integradas, articuladas en la prevención y asistencia a las mujeres maltratadas por su pareja se adquieren benefi-

cios tanto para la comunidad, los servicios de salud como para las víctimas de la violencia de pareja.

- La elaboración de una Guía Metodológica dirigida a la asistencia de las mujeres maltratadas por su pareja en tres niveles de ayuda: Primera Ayuda Psicológica, Consejería y Sistema de Influencia Psicológica, que constituye un material de consulta.
- La confección y socialización de materiales educativos útiles para realizar actividades informativas-comunicativas-educativas desde la prevención primaria.
- Contribuyó a la formación de recursos humanos: Másters en Atención Integral a la Mujer, Especialistas de Primer Grado en Medicina General Integral, Licenciados en Psicología con Mención en Salud, una Tesis de Maestría en Psicología de la Salud y una Tesis Doctoral en Ciencias de la Salud.
- Se originaron procesos de capacitación a estudiantes y profesionales de diferentes disciplinas a través de conferencias, talleres y videos.

Novedad científica.

La novedad de la investigación radica por primera vez en la implementación de un conjunto de acciones integradas y originales, a partir de la determinación de nuevos factores asociados a la violencia de la mujer por su pareja y de la conceptualización de un nuevo modelo explicativo sobre este problema de salud.

Estructura de la tesis

La investigación que se presenta se organiza en cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos. El Capítulo I constituye la fundamentación teórica de la investigación donde se profundiza en el tema de la Violencia hacia la mujer por su pareja enfocado a través de la Salud Pública, los factores influyentes y los Modelos explicativos precedentes. En el Capítulo II se hace referencia a la organización metodológica de la investigación. En el Capítulo III se da cuenta de los resultados encontrados en las tareas investigativas así como el Modelo explicativo y el diseño y la implementación de las acciones con sus correspondientes evaluaciones. En el Capítulo IV se aborda el análisis y la discusión de los resultados encontrados en las tareas investigativas.

1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS PARA EL ESTUDIO DE LA VIOLENCIA.

Este capítulo tiene como propósito profundizar en el fenómeno de la Violencia hacia la mujer por su pareja. Se inicia el mismo presentando una panorámica histórica del evento que da paso a la realización de consideraciones sobre la delimitación conceptual de esta denominación a los efectos de este trabajo, seguidamente se justifica el porqué se considera un problema de salud y su enfoque desde la Salud Pública, posteriormente se ahonda en las posiciones teóricas y metodológicas que han explicado este fenómeno y las asumidas por la autora y culmina con la determinación de los factores influyentes enunciados por otros autores, los nuevos que propone la autora y la fundamentación del modelo propuesto.

1.1. Contexto Histórico.

El maltrato a la mujer por su pareja ha sido un problema universal en el tiempo y en el espacio. La historia de la humanidad es la historia de las repetidas vejaciones y usurpaciones por parte del hombre con respecto a la mujer ⁽⁴⁷⁾. El problema del maltrato conyugal fue recogido en documentos tan antiguos como la Biblia ⁽⁴⁸⁾. Una búsqueda en documentos de los siglos XVII y XVIII revela las denuncias de mujeres por haber recibido malos tratos de sus esposos ^(49, 50). Así lo reveló Cobbe, en 1870, quien identificó cuán extendido estaba este problema en Bristol, Gran Bretaña ⁽⁵¹⁾. La primera denuncia de que se tiene noticia en Cuba fue realizada por María Pérez, en Lagunilla, actual provincia de Matanzas, en 1819 ⁽⁵²⁾. Mary Wollstonecraft es considerada, convencionalmente, como la primera persona que vinculó que la situación subordinada de la mujer en la sociedad tiene su basamento en la cultura y así lo plasmó en su artículo "Vindication of the rights of woman", en 1792 ⁽⁵³⁾ lo que la hizo pasar a la posteridad y Francisco de Goya, en 1796, el primero en dibujarla, lo que da fe de lo ancestral del problema ⁽⁵⁴⁾. El tema sale a la luz pública en el siglo XVIII, gracias al ímpetu de los movimientos feministas que luchan por su eliminación y a la llegada de mujeres maltratadas a las instituciones de salud.

Durante los años 80 y 90 del pasado siglo, se realizaron diferentes Reuniones Cumbres y Conferencias Internacionales en las que se abordó el tema, lográndose avances en la desarticulación de la consideración de la violencia hacia la mujer como espacio privado y en calificarla como una grave violación de los derechos humanos ^(55, 56).

La Plataforma de Acción de Pekín, es el documento producido más completo, que identifica entre sus 12 esferas de especial preocupación, la violencia hacia la mujer y que finalmente en Bruselas en el 2005, se hizo la revisión de esta plataforma de Pekín +10 con el objetivo de concretar los estudios a cerca de sus causas y consecuencias y de adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar este flagelo. ⁽⁵⁷⁾

Una de las consecuencias positivas que ha tenido que la violencia hacia la mujer haya sido considerada como un problema social ha sido además del tratamiento legal que está recibiendo y que de forma paulatina está despertando el interés de los diferentes campos del saber en cuanto a los factores que contribuyen a su presentación y el mantenimiento, tan contrario a los tiempos actuales referentes a las políticas públicas a favor de la desigualdad de género en cuanto a oportunidades y desarrollo así como a los valores que actualmente proclamamos, entre ellos de solidaridad, justicia e igualdad .

1.2 Una propuesta conceptual de la Violencia en la Pareja.

Es un fenómeno plurideterminado, multifacético y poliexpresivo por lo que definirlo resulta complicado, de ahí que este problema haya adquirido diferentes nombres y prueba de ello es que tanto en el habla inglesa como en la castellana, se le ha denominado de diferentes formas como lo son; "domestic violence", "violence against womens", "intimate partner violence", "marital violence", "wife abuse", "violencia de género", "violencia conyugal", "violencia íntima", "mujeres maltratadas".

A partir de los diferentes apelativos, la realidad es que cada una de las definiciones lleva implícito la naturaleza que le otorga cada uno de los investigadores al fenómeno, las determinantes que confluyen en su presentación e incluso las respuestas para enfrentarlo. Por tanto es imprescindible detenerse en este aspecto con el fin de aclarar qué se va a entender en este trabajo por violencia de pareja.

En la relación de pareja, entendida ésta como la más íntima relación entre dos individuos, que constituye un vínculo interpersonal complejo en el que convergen aspectos relacionados con el atractivo físico, lo subjetivo,

y la dinámica intersubjetiva, condicionada socialmente pero con forma de expresión individual y gran implicación emocional; produciéndose la interacción entre ambos individuos por medio de la comunicación.

La pertinencia de esta definición radica, en colocar la relación de pareja en una relación interpersonal que no desconecta la interrelación con lo social pero rescata el acento en que ambos llevan a la relación las particularidades de su subjetividad que están en la base de la configuración de la relación a partir de la interrelación de los sujetos interactuantes. Derivado de esta definición, se considera que ambos miembros de la pareja construyen activamente su relación y el modo de intimar, comunicar y resolver los conflictos.

Para llegar a una definición se consultaron varios conceptos, pero se escogieron, tres definiciones enunciadas por organizaciones internacionales, como las Naciones Unidas; la OMS y la asumida por 120 legisladores en la Primera Conferencia Interparlamentaria Iberoamericana. (56, 58, 59, 60)

Dentro de los núcleos teóricos abordados por estas definiciones de la violencia están presente dos fundamentales: la producción de un daño y su posibilidad de manifestarse por comportamientos, actos, acciones u omisión pero, a pesar de la relevancia evidente de estas definiciones, no tienen en cuenta la clásica premisa de la intencionalidad de la producción de violencia en los marcos de la estructura relacional jerarquizada. La definición de las Naciones Unidas y la expresada en la Primera Conferencia Interparlamentaria Iberoamericana llevan implícito otro aspecto de la violencia que se enuncian en forma directa como lo es el lugar en donde ocurre el evento que puede ser privado o público.

La producción del daño conduce a tres presupuestos fundamentales, el primero; la violencia hacia la mujer es un fenómeno dinámico de carácter histórico-social y resulta imposible separarla de su contexto que facilita y/o promueve los actos violentos a partir del imaginario colectivo, el cual ayuda a perpetuar los estereotipos sociales, los mitos, los valores y las creencias que a su vez contribuyen a mantener relaciones abusivas. Estos comportamientos y la forma en que configuran el vínculo, están condicionados también por el entretreído que se produce entre las particularidades personológicas de los miembros de la pareja como expresión de la subjetividad y la capacidad de los sujetos de operar y expresar sus conductas de modo intencional.

Segundo; al ser la violencia de pareja un fenómeno no aislado y, en espiral, se mantiene y perpetúa de forma continua en el tiempo generando efectos múltiples. Tercero; su desarrollo cíclico favorece que cada vez con mayor rapidez la etapa de agresión sea más frecuente, de mayor gravedad y se desencadene por los motivos

más insignificantes, lo que aumenta la severidad del daño. En la primera etapa del ciclo de la violencia sus efectos inmediatos son psicológicos, aún cuando no se puede negar la repercusión fisiológica y/o social de un evento de esta modalidad, pero en la segunda etapa aparecen las agresiones físicas que pueden ocasionar invalidez y hasta la muerte.

En aras de rebasar algunas diferencias anteriores le han permitido a la autora, definir la violencia hacia la mujer en la relación de pareja, como: *"toda acción activa o pasiva, innecesaria e injusta pudiendo estar condicionada por la estructura relacional jerarquizada, por la dinámica intersubjetiva en la configuración del vínculo y por las particularidades personológicas de ambos miembros, que es llevada a cabo por el hombre contra su pareja heterosexual, o mujer a la que esté o haya estado unido, con la intención de causarle daños en su capacidad de funcionamiento, de adaptación y de integración biopsicosocial y de transgredir sus derechos humanos fundamentales."*

Se destacan en esta definición cinco puntos nodales:

- 1.- *Se incluyen en el concepto las acciones de violencia: abiertamente (activa, lo que se hace) o sutilmente (pasiva, lo que se deja de hacer), como mecanismo de resolución de las contradicciones en las relaciones de pareja heterosexuales. Siempre son innecesarias e injustas.*
- 2.- *Se coloca el énfasis en que el funcionamiento de los vínculos puede estar condicionado por las estructuras relacionales jerarquizadas que contribuye a definir, la aceptación de papeles, los atributos, las posiciones y la dinámica interactiva.*
- 3.- *La definición rescata que las relaciones de abuso contra la mujer no dependen de modo lineal de las particularidades personológicas históricamente condicionadas sino también del sentido psicológico de la relación, de su síntesis histórica, de la dinámica interrelacional en la que ambos miembros se insertan entrecruzados con la realidad exterior, en todo un devenir de interdependencia funcional.*
- 4.- *La violencia hacia la mujer por su pareja no necesariamente es infringida por la pareja actual con la que configura el vínculo sino también con la que en algún momento estableció relaciones interpersonales íntimas.*
- 5.- *El concepto centra la mirada en que la finalidad de los comportamientos violentos es la de causar daño al ajuste, armonía e integridad en las esferas; biológicas, psicológicas y sociales de la mujer y de transgredir los derechos de las mujeres.*

Esta definición es importante pues admite comprender la naturaleza social a la vez expresión intersubjetiva de este tipo de relaciones, lo que permitió trascender las limitaciones de otras definiciones acerca del tema y constituye un nuevo momento de integración en la visión de la violencia de pareja, a la vez posibilita derivar las actuaciones para su enfrentamiento.

Si controversial ha sido definirla también lo ha sido clasificarla. En este trabajo se considera que las manifestaciones son físicas, psicológicas o emocionales, sexuales y económicas. En el caso de la violencia íntima, se clasifica de acuerdo a quién tiene el rol de abusador y abusado en la pareja.

Violencia Física: Es la forma más clara y evidente del maltrato por constituir una invasión del espacio físico de la mujer y puede hacerse de dos maneras; una es el contacto directo con el cuerpo mediante: patadas, empujones, pellizcos, jalón de pelo, golpes, cualquier tipo de contacto físico no deseado y la otra manera es limitar sus movimientos encerrándola, y hasta provocándole lesiones con armas de fuego u otras.

Violencia Psicológica o Emocional: está vinculada a acciones u omisiones destinadas a degradar o controlar acciones, creencias y decisiones de la mujer por medio de la amenaza, la intimidación, la cosificación, actos que atacan los sentimientos y las emociones que generalmente se manifiestan mediante críticas, descalificaciones, celos, posesividad, chantajes, aislamiento, castigo, humillaciones, vejaciones, limitaciones.

Violencia Sexual: imponer a la mujer ideas y actos sexuales no deseados, tocamientos no consentidos, penetrar con objetos a la víctima, la violación, presionar para ver fotografías o videos pornográficos, obligar a que use o no use un método anticonceptivo, burlar la respuesta sexual, obligar a alguien a ser tocado, tener relaciones sexuales cuando no se desea o conductas no deseadas en la relación sexual, acusación de infidelidad, criticar sus preferencias sexuales, el acoso sexual.

Violencia Económica: cuando el dinero es la forma que se utiliza para chantajear, que suele expresarse en actuaciones, como la de esconder el dinero, no ser sinceros en las cuentas que se manejan, quitarle el dinero, obligarla a hacer alguna acción no deseada para que obtenga dinero.

1.3 La violencia hacia la mujer por su pareja en el marco de la Salud Pública.

El reconocimiento de la violencia hacia la mujer por su pareja como un problema de salud no se llevó a cabo desde los primeros momentos en que se abordó el tema. Se tardó casi treinta años en ubicar el problema como un problema de salud ^(61, 62, 63); una vez declarado como problema social, en 1976, por las Naciones

Unidas, a razón de entender que un problema de salud es “cualquier queja, observación o hecho que el paciente y/o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, afecta, o puede afectar la capacidad funcional del paciente”,⁽⁵⁵⁾ y que la salud tiene una doble función: es un bien final, cuyo consumo provee una satisfacción directa y, simultáneamente, es un bien capital que contribuye a producir otros bienes finales^(64- 67).

Ha sido precisamente este cambio de estatus del fenómeno lo que ha despertado el interés de diferentes campos del saber de las ciencias de la salud, en la que se incluye la Psicología como ciencia comprometida con el estudio del comportamiento y con énfasis en los comportamientos tan contrarios a los tiempos que corren y a los valores que proclamamos.

La autora considera que la violencia es un problemas de salud que abarca múltiples dimensiones, posee complejas esencias, muestra diversas apariencias, origina multiplicidad de fenómenos que obligan constantemente a su interpretación contextual y no exclusivamente desde el campo estricto de la investigación, sino también en la incertidumbre de los servicios.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su Décima Revisión (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74. Es evidente que el maltrato no es sólo un problema de salud por definición, sino que está descrito en diferentes capítulos de esta Clasificación junto con enfermedades que en nuestro diario quehacer informamos en los registros primarios para las estadísticas de salud.⁽⁶⁸⁾

El tema estudiado fue destacado como prioritario de la Salud Pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1996 y por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1998. En 1999, en la Resolución 54/134 de las Naciones Unidas, fue declarado el 25 de noviembre, como Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en conmemoración del brutal asesinato de las hermanas Mirabal, en República Dominicana⁽⁶⁹⁾.

En las palabras pronunciadas por Lee Jong-Wook, Director General de la OMS, en el prefacio del Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer plantea “debemos sacar a la luz el problema de la violencia doméstica, examinarlo como haríamos con cualquier otro problema de salud prevenible y adoptar las mejores medidas disponibles. El sector de la salud puede tener un papel decisivo en

la prevención de la violencia contra la mujer, contribuyendo a la detección temprana de los malos tratos, proporcionando a las víctimas el tratamiento requerido y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesarias. Los servicios de salud deben ser lugares donde las mujeres se sientan seguras, tratadas con respeto y no estigmatizadas, y donde reciban información y apoyo de calidad. Es preciso que el sector de la salud articule una respuesta integral ante este problema, abordando en particular la resistencia de las mujeres maltratadas a buscar ayuda. El sector de la salud, secundado por la OMS, tiene que intervenir de forma más activa en la respuesta a las necesidades de las mujeres que están inmersas en relaciones violentas. Hay que promover una mayor concientización del público sobre este problema, así como una respuesta enérgica de la salud pública".⁽⁷⁰⁾

En 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas ⁽⁷¹⁾, y en 2007, la OPS ⁽⁷²⁾ reconocieron las graves consecuencias inmediatas, futuras y a largo plazo que tiene esta situación para la salud, el bienestar psicológico y la calidad de vida.

Las razones que colocan a este problema como prioritario en la Salud pública están enmarcadas no solo por las consecuencias mortales y no mortales que ocasiona ⁽⁷³⁾, si no, por la posición privilegiada que tiene el Sector de la Salud desde sus diferentes estructuras organizativas para actuar sobre el problema ⁽³⁾ y, además, porque los Sistemas de Servicios de Salud constituyen una ancha puerta de entrada para las mujeres, en múltiples momentos de su vida y son el principal punto de apoyo para muchas víctimas.

Las tareas fundamentales de los Sistemas de Salud son: sensibilizar y concientizar a la comunidad sobre determinado problema de salud, comprender, explicar y analizar el conjunto de factores que influyen en su presentación y marcar pautas en el camino a seguir en el tratamiento del mismo, desde la transdisciplinariedad, la intersectorialidad y la participación comunitaria. La aplicabilidad de estas tareas contribuye a mejorar el tratamiento de ese problema.

La implementación de proyectos a nivel local desde los sistemas de servicios de salud facilita:

- Delimitar el grupo poblacional afectado, caracterizarlo, determinar los riesgos, sus necesidades técnicamente definidas y concertadas, las afectaciones y los recursos disponibles.
- Implementar acciones más viables, oportunas, pertinentes y eficientes que le brinden respuestas más adecuadas para resolver las necesidades sentidas y reales de los grupos a intervenir.

- Se propician las alianzas, los compromisos y las responsabilidades compartidas en la resolutive-
dad del problema, de modo que respondan a las particularidades del lugar.

1.4 Una mirada a los Modelos explicativos precedentes.

Entre los modelos conceptuales, mayormente reconocidos internacionalmente, que han guiado a la Salud Pública en la explicación de los factores causales relacionados con la salud tenemos a McMahon, 1965, quién primero habló de Red de Causalidad, aunque en una cadena lineal; Morris, 1968; Dever, 1980; Lalonde, 1974; Nájera, 1988; Castellanos, 1990 ⁽⁷⁴⁾, Evans y Stoddart, 1994 ⁽⁷⁵⁾; han propuesto como determinantes: el modo, las condiciones, el estilo de vida y el impacto de las acciones de salud.

De esta forma se asume que *“determinantes de la salud”* es el nombre colectivo que le ha sido asignado a los factores y a las condiciones que se cree que influyen en la salud; que estos factores determinantes no actúan aisladamente y que las interacciones complejas entre estos factores tienen una repercusión aún más profunda en la salud ⁽⁷⁵⁾.

La concepción sobre las determinantes de salud ha sido reflejada al tema de la violencia íntima hacia la mujer, a partir de un conjunto de determinantes en diferentes niveles: individual, interpersonal, institucional, comunitarios y las políticas públicas; pero en la base de la pirámide causal se halla una concepción sexista de los agresores, estrechamente ligada a la exacerbación del modelo masculino tradicional.

Los primeros modelos explicativos fueron uni-causales de corte reduccionista, centraron sus explicaciones en las diferencias biológicas entre los sexos, en las características psicopatológicas individuales de alguno de los miembros de la pareja, principalmente el hombre, a la asociación de los trastornos mentales o conductas adictivas del agresor que explican el problema desde una sola determinante o dirección y conducen a una mirada sesgada y parcial del acontecimiento.

A partir de la década de los noventa, se considera por los diferentes estudiosos del tema que en la exposición del problema de la violencia hacia la mujer se presentan un conjunto articulado de determinantes. Ejemplo de ello son los siguientes:

- El modelo Ecosistémico, de Belsky (1993), que se sustenta en cuatro niveles de análisis: individuales y ontogénicos, (la historia personal que cada sujeto trae en su comportamiento y relaciones), micro-

sistemas (contexto inmediato, dinámica familiar y relaciones de pareja), exosistema (instituciones sociales, educación y trabajo) y macrosistema (cultura, creencias, valores, género) ^(76, 77, 78).

- El modelo Ecológico, de Corsi (1994), que incluye como niveles de Influencia a factores individuales (historia familiar) y factores biológicos (la impulsividad del hombre). Los interpersonales: familiares y los de pareja. Entre los familiares señala; la educación, el ingreso familiar, las creencias de desigualdad y la organización familiar jerárquica), y entre los propios de la pareja; las diferencias en el grado de escolaridad, el ingreso económico y social. Los factores sociales entre ellos; las normas y las políticas públicas y los factores comunitarios condicionados por el contexto.^(99, 80, 81).
- El modelo Multinivel Integrado, de Heise, Ellsberg, Gottemueller (1999), ofrece cuatro ámbitos: la sociedad, la comunidad, las relaciones y el agresor individual (varón, haber sido testigo de violencia intrafamiliar, padre ausente o que lo rechaza, haber recibido abuso y consumir alcohol) y plantea que el problema responde a una constelación de factores que operan en niveles distintos ^(82, 83).
- El Modelo sobre la Transmisión Intergeneracional, (MTIVI), basado en la metodología de Pollak (2002), señala que el comportamiento agresivo se trasmite por aprendizaje o imitación de los padres, por ello sus tres hipótesis se relacionan con los aprendizajes del agresor y de la víctima en sus relaciones con su familia de origen. ⁽⁸⁴⁾.

La OPS reconoce que ningún factor por sí solo explica porque algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros. La violencia es resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. Entre los sociales y ambientales se encontraban el no reconocimiento de la violencia como problema de salud, la tolerancia social, las normas, los valores, los mitos, las creencias, los roles, la escasez de recursos económicos. Entre los factores individuales, la edad joven, el abuso del alcohol, la depresión, los trastornos de personalidad. Entre los relacionales, antecedentes de hogares sísmicos, el sexismo, los conflictos interpersonales, estresores económicos, disfunción familiar ⁽⁴⁾.

Estos modelos enfatizan en la acción recíproca entre el medio ambiente y la mujer, donde ambos se consideran elementos continuos e ininterrumpidos que permiten la interrelación entre ellos. Han estudiado la relación dinámica entre los diferentes componentes, según sus niveles de presentación, sus relaciones causales y los

procesos que favorecen su aparición, lo que ha contribuido notablemente a la visión holística del problema, tanto para estudiarlo como para actuar sobre él.

En cada uno de los modelos explicativos está presente el análisis de las particularidades de la organización social que acorde a la estructura social, la organización político-jurídica, la actividad espiritual y su evolución y condicionamiento histórico-social han determinado el evento.

Estos modelos tomando como referente teórico explicativo las determinantes integran los niveles macrosociales, microsociales e individuales destacando que constituyen instancias particulares y relacionales entre sí de manera dinámica y circular que expliquen como la ideología patriarcal conforma en el plano ideológico y sociocultural, relaciones de subordinación que son reproducidas institucionalmente y cristalizadas de manera particular en la red vincular de la familia y en los sujetos que la infringen.

Pero estos modelos no han estudiado con profundidad los factores dependientes de los servicios de salud ni los dependientes de la subjetividad de las mujeres maltratadas que influyen de modo muy especial en la aparición de la violencia hacia la mujer por su pareja y que deben tenerse en cuenta para obtener mejores resultados en el enfrentamiento preventivo-asistencial del problema.

1.5. Sustentos teóricos que fundamentan el estudio de los factores influyentes en el problema

Las teorías, que con mayor sistematización han intentado comprender y explicar lo que sucede en la violencia hacia la mujer por su pareja, han sido las teorías Conductistas, las Cognitivas-Conductuales, la teoría de Sistema, el Psicoanálisis y las Teorías de Género. ^(85,86)

En este estudio como una vía para la aproximación científica a esta problemática se partió de las posibilidades que ofrece desde el punto de vista teórico la Teoría General de Sistemas ^(87, 88), la Teoría del Modelo Histórico-Cultural de Vigostky; las Teorías de Género, la Teoría de la Actividad de Leontiev, la naturaleza biopsicosocial del hombre y la Teoría Configuracional de la Personalidad, de Fernando González ^(89, 90).

La Teoría General de Sistemas.

Desarrollada por Bogdanov, Bertalanffy y Capra ha permitido en la actualidad definir un nuevo paradigma en la ciencia que permite el conocimiento del funcionamiento de muchas realidades tanto a nivel ecológico, social, psicológico. El enfoque sistémico y dialéctico de la relación Sociedad-Grupo-Individuo constituye principio

metodológico esencial en el estudio de la violencia y para la comprensión de que este fenómeno en el cual se relacionan elementos de diversa naturaleza.

La concepción sistémica como cosmovisión del mundo reconoce la trama de las relaciones como esencia de todas las cosas vivas, que se concreta en la noción de interdependencia e interrelación. Un sistema establece nexos y relaciones en integración entre sus elementos, cada uno cumple una función con respecto al otro, pero éste no es reductible a sus partes y su función es más que la suma de sus partes.

Todo sistema está constituido por varias unidades ligadas entre sí y por reglas de comportamiento en constante interacción e intercambio con el exterior que lo distinguen cualitativamente.

La pareja es un subsistema que existe dentro de otro sistema. Ambos son sistemas abiertos que funcionan como un todo único que posee una estructura interna que interrelaciona los elementos que lo determinan y donde está presente un orden dinámico de partes y procesos que intercambia energías o informaciones con su ambiente. El conjunto de elementos pueden descomponerse en sus partes.

Desde la perspectiva que nos ocupa, examinar una de las partes en forma aislada no nos permite explicar o predecir la conducta del todo, que en el caso de este fenómeno está presente el carácter dinámico en la multi-causalidad y su interdependencia, así como la concepción de que la violencia hacia la mujer es resultado de complejas interacciones entre los sistemas y la jerarquización de los mismos.

El enfoque que se realiza en este estudio es bio-psico-social, a partir de concebir que la violencia es un fenómeno determinado por un amplio espectro de factores, a nivel general, particular y singular y, para los fines de la Salud Pública, le interesa conocer la interrelación entre los factores, según su nivel de estructuración: macro, micro e individual.

Las teorías de Género

Explican, como las estructuras de las organizaciones sociales, las relaciones intergenéricas e intragenéricas, las privadas y públicas, las personales y colectivas, las judiciales, las educativas, comunicativas, formales e informales, religiosas y sanitarias, están sustentadas en ideologías basadas en la díada poder-subordinación que estructuran y configuran las relaciones en la pareja e integran los estereotipos, creencias, representaciones y asignaciones sociales, valores, símbolos, juicios, atributos, posiciones, condiciones y espacios de actuación que legitiman las desigualdades e inequidades entre los miembros de la pareja.

La categoría actividad de Leontiev.

La actividad como proceso de intercambio e integración del hombre con el medio social y natural que, por estar precedida por su acción consciente, adquiere un carácter eminentemente social.

La teoría del Modelo Histórico-Cultural, de Vigostky

Con el propósito de hilvanar la determinante social a lo individual es necesario retomar de la teoría de Vigostky su hipótesis de la interiorización como el tránsito de los procesos sociales externos y s \acute{g} nicos hacia los internos. El sujeto es fruto del proceso hist \acute{o} rico y del ambiente social y cultural y entre sus principios se destacan:

- La unidad e interrelaci \acute{o} n actividad-comunicaci \acute{o} n (entendida como la forma en virtud de la cual, lo social se transforma en psicol \acute{o} gico, en un tr \acute{a} nsito de lo externo a lo interno).
- La interrelaci \acute{o} n dial \acute{e} ctica entre lo biol \acute{o} gico, lo social y lo psicol \acute{o} gico, la naturaleza hist \acute{o} rico-social de la psiquis, y el principio de la mediatizaci \acute{o} n.
- La unidad contextualizada entre lo afectivo y lo cognitivo. La categor \acute{a} : situaci \acute{o} n social de desarrollo. Su unidad de an \acute{a} lisis: la vivencia.

La categor \acute{a} vivencia como unidad psicol \acute{o} gica de an \acute{a} lisis de la vida ps \acute{i} quica en la que se expresa lo que el sujeto experimenta, las influencias que recibe y lo que el propio sujeto aporta en funci \acute{o} n del nivel de desarrollo. Se trata del sentido psicol \acute{o} gico de lo reflejado, de su impacto emocional, del significado que la realidad alcanza para ellas en funci \acute{o} n de sus motivos y necesidades. La situaci \acute{o} n externa por s \acute{i} sola no influye sino que depende de la significaci \acute{o} n que le atribuya el sujeto, como la vivencia y el sentido personal que cobra para el sujeto.

Las condiciones internas (ideas, pensamientos, reflexiones, motivaciones) se han formado de estos procesos de interacci \acute{o} n hist \acute{o} rica precedente y a su vez condicionan el car \acute{a} cter de las influencias de otras condiciones externas posteriores ⁽⁹¹⁾.

Partiendo de considerar que lo social se configura de modo individualizado en la personalidad del sujeto y que el sujeto asume, activamente, las interrelaciones en las cuales participa con especificidad interactiva, y que son inseparables de sus particularidades personol \acute{o} gicas la autora se apoya para el estudio de los factores influyentes de la subjetividad en *La Teor \acute{a} Configuracional de la Personalidad, de Fernando Gonz \acute{a} lez, que*

parte de entender que la personalidad constituye una configuración sistémica y estable de los principales contenidos y operaciones psicológicas que caracterizan la función reguladora y auto-reguladora del sujeto en su expresión integral ^(89, 90).

Esta teoría opera en el plano de los sentidos personales, los cuales adquieren mayor intensidad en la medida que se van articulando entre sí, formando reales configuraciones con una fuerte imbricación y organicidad entre los procesos psicológicos de naturaleza afectiva y cognitiva ⁽⁹²⁾. Supone entender que los elementos de la personalidad asociados al comportamiento que asumen las mujeres maltratadas se encuentran incluidos en diferentes síntesis psicológicas más complejas, en las cuales se define su real y auténtico potencial regulador. Las necesidades y motivos se aglutinan alrededor de una tendencia orientadora y se integran como sistemas de sentidos psicológicos en las formaciones motivacionales. Entre éstas se encuentran la autovaloración, la concepción del mundo, los ideales, el sentido de la vida, las intenciones. ⁽⁹³⁾

Las particularidades personalógicas juegan un papel trascendental en el comportamiento que asumen las mujeres para enfrentar el acto violento, al ser los contenidos de la formación motivacional y los recursos psicológicos elementos generadores de la dinámica instituyente de todo lo psicológico.

Se considera importante el estudio de los factores que influyen en la determinación de este fenómeno, desde los factores macrosociales hasta los individuales con el afán de poder contribuir a su esclarecimiento y profundización explicativa.

1.6. Delimitación de los Factores influyentes en la Violencia a la mujer por su Pareja.

1.6.1. Factores macro-sociales

Las Naciones Unidas declararon en 1991 que la violencia sobre la mujer era producto de la Organización Social, estructurada sobre la base de la desigualdad ⁽⁹⁴⁾. La OMS en el 2003 reconoce que la violencia es violencia histórica y social que está influenciada por la cultura, mediada por valores y normas sociales. En el estudio realizado por la OMS en diez países se hace énfasis en los organizadores sociales de la vida y las formas normalizadoras de las instituciones sociales. ⁽⁷⁰⁾

Lo que conduce a la reflexión de la autora de que todo análisis de la realidad objetiva y de los procesos que se verifican en ella está permeado por los criterios que emanan de la superestructura (conjuntos de ideas políticas-jurídicas, filosóficas, religiosas), de su formación socio-económica determinada, de su estructura

social (división de la sociedad en clases, grupos sociales diferentes que sitúan a cada individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada) cuyo modo de producción le ha dado esa particularidad. Por ello, el primer instrumento de análisis ha de ser la determinación de la violencia por las particularidades de la organización social que, acorde al desarrollo del modo de producción, la estructura social, la organización política-jurídica y la actividad espiritual, en un momento histórico, determinan las diferentes condiciones sociales de vida.

La Salud Pública Cubana previó la estrecha relación entre la base económica y la estructura social para la explicación, análisis, interpretación y solución integral de los problemas de salud.

Del nivel macro-social se deriva la ideología patriarcal que sustenta la hegemonía masculina. Un orden social de poder, basado en un modo de dominación cuyo paradigma es el hombre, que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino. Una cultura sexista impuesta en los últimos 6,000 años de la historia de la humanidad, que reproduce asimetrías, desigualdades, jerarquías, actitudes, juicios, y la impunidad de los actos que se cometen en el espacio privado ⁽¹⁸⁾.

La violencia hacia la mujer es una categoría que depende de la cultura y, al ser cultural, es también histórica, porque cada momento histórico la define según sus creencias y valores. Depende también de la filosofía propia de la época en la interpretación de las características del evento, de las formas en que se enfrenta en esa sociedad y por ende, de lo que se sabe de ella, todos estos elementos constituyen lo que ha sido denominado por la OMS como la relativización de la violencia sobre la mujer.

Los protagonistas de la violencia hacia la mujer devienen de un contexto legitimador de estos comportamientos, que aceptan los códigos de la violencia como alternativas viables en la solución de conflictos.

Rojas, Dobash y Dutton; Corsi, Jewkes y Babcock; Mazola; Madina y Proveyer ^(95- 102) subrayan en el condicionamiento social de este fenómeno, los sistemas políticos, la estructura social, el poder y la jerarquía por considerar que la violencia es una forma de ejercer el poder sobre alguien que está situado en una posición de inferioridad o subordinación.

En este trabajo se reconoce el papel de la determinación social en un sentido amplio; pero se considera que lo social no actúa de modo lineal, modelando de manera directa el comportamiento, sino que atraviesa múltiples mediadores que condicionan tales influencias. Lo psíquico, lo interno, está determinado por lo externo;

pero no directamente, sino como un reflejo en su construcción individual, en una compleja interacción de factores externos e internos. Lo social va configurándose e incorporándose y toma cuerpo allí en la personalidad, instancia integradora de la expresión singular e irrepetible de la subjetividad ⁽¹⁰³⁾.

1.6.2. Factores del micro-medio

Los factores influyentes derivados del contexto más inmediato, los grupos mediatizadores de influencias, están determinados por el sistema social que le sirve de marco, y se incorporan a la subjetividad individual.

Los grupos sociabilizadores permiten explicar la interrelación entre ellos y el individuo. Resulta imprescindible considerar, en su manifestación reguladora, el papel de las condiciones actuantes sobre las mujeres violentadas, por ello se le otorga especial significación a las representaciones sociales que sobre el evento tienen los grupos más cercanos a las afectadas.

La ideología patriarcal se reproduce institucionalmente y se concreta de manera particular en la red vincular de los grupos, de la familia y de la pareja a través del proceso de sociabilización mediante el cual se apropian y reproducen activamente y a su vez son mediatizados por el individuo en consonancia con sus formaciones primarias, su formación motivacional y sus recursos personológicos permitiéndole al sujeto alcanzar una posición activa.

1.6.2.1 Factores de la comunidad

En este estudio, además de los factores citados por Heise, Ellsberg, Gottemueller y la OPS,^(4, 82, 83) se le otorga una significación especial a los factores asociados a la comunidad, referidos a las representaciones sociales que sobre el evento tienen los gestores sociales, que contribuyen a distorsionar la realidad del problema y se expresan en respuestas de tolerancia o rechazo, de justificación o condena, de naturalización e invisibilización o de enfrentamiento y apoyo social, así como en la existencia o no de intervenciones integradas y sistemáticas por los diferentes sectores a partir de las necesidades de las víctimas.

1.6.2.2. Factores asociados a los Servicios de Salud

En este trabajo se partió de considerar que los servicios de salud son el conjunto de recursos, procesos y relaciones que buscan satisfacer las necesidades de atención en salud de una comunidad. De la organización de los servicios de salud dependen la accesibilidad, la cobertura, la extensión de la red, la atención oportuna y la calidad ⁽¹⁰⁴⁾.

La OPS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas reconocieron en 1994 la importancia que tienen las respuestas institucionales de los sistemas de servicios de la salud ante la violencia de pareja ^(62, 63). El sector de la salud por sí solo no puede enfrentar ese complejo fenómeno, teniendo en consideración la determinación social del mismo y la amplia gama de factores que lo determinan; es necesario estudiar este problema en correspondencia con los modelos explicativos en la determinación de la salud y la enfermedad.

En Cuba, el trabajo del Sistema de Salud está dirigido a desempeñar el papel rector que le corresponde dentro de las ciencias de la salud y ejecutar las transformaciones necesarias para su perfeccionamiento.

Entre los factores de riesgo relacionados con las condiciones de los servicios de salud y el nivel de organización de los sistemas de salud se invocan: la voluntad política, la disponibilidad, la atención oportuna y accesible, la calidad de los servicios, la efectividad de las acciones, los recursos materiales y el desarrollo humano y tecnológico.

Los factores que están vinculados a los servicios de salud dependen de los enfoques predominantes: el enfoque asistencial-curativo o el enfoque hacia la promoción y la prevención; de la motivación de los gestores de los servicios, de la capacidad técnica de los prestadores y de la estabilidad organizacional.

Las medidas que permiten evitar la aparición de los factores influyentes derivados de los servicios de salud están dirigidas a definir estrategias de intervención, priorizar los grupos más vulnerables para detectarlos, e incorporar a la comunidad en la formulación de acciones que le den respuesta al problema.

En este trabajo, al indagar sobre los factores influyentes, dependientes de los servicios de salud, se les concedió importancia a aspectos relacionados con los recursos materiales y técnicos, las relaciones y el proceso. Se tuvieron en cuenta entre los recursos materiales; los recursos disponibles, la accesibilidad y calidad de la atención, el diagnóstico precoz, la detección, el lugar y las condiciones en donde se prestan los servicios a las mujeres que denuncian el maltrato de pareja.

Referentes a la capacidad técnica en los prestadores de los servicios de salud; la percepción que tienen del problema, los conocimientos sobre las características y el manejo de las mujeres maltratadas y asociados a las relaciones, la relación entre las mujeres maltratadas y los prestadores de los servicios.

Relacionados con el proceso; la cobertura de programas, mecanismos de coordinación y la transferencia de tecnologías educativas.

La búsqueda de estos factores facilita encontrar las respuestas que los servicios de salud de la localidad le ofrecen actualmente a este problema, determinar qué se hace, lo que nos falta, adónde queremos llegar, cómo conseguirlo, con quién y con qué hacerlo; siendo los impulsores de este proceso los prestadores de los servicios.

1.6.2.3. Factores de la Familia.

Autores como Murray Straus, Gelles, Ravazzola y Bandura, han relacionado la violencia hacia la mujer con la organización y la psicodinámica familiar. ^(93, 94, 105, 106)

La autora comparte los planteamientos de Corsi, sobre la influencia que tiene en las mujeres para tolerar el maltrato de pareja, provenir de familias en las que predomina una organización jerárquica, un sistema de autoridad y una modalidad relacional de desigualdades y asimetrías. También comparte los criterios de las autoras cubanas, Yordanka Valdéz, Mareelén Díaz, Alberta Durán del Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas (CIPS) que destacan la participación de la familia en el aprendizaje y reproducción de las conductas violentas transmitidas por disímiles vías. Estas investigadoras han estudiado además como la invisibilización y la naturalización de la violencia en las familias cubanas contribuye a su reproducción ^(46, 47, 48)

La familia se inserta en una realidad social y si este contexto social legitima y reproduce la violencia, la familia como subsistema del sistema general y como mediador fundamental de todas las influencias trasmite esa herencia cultural. La familia, es un agente sociabilizador cuya función especial es la educación de los valores éticos-morales, espirituales y el desarrollo de la personalidad. En su seno se desarrollan los motivos personales, los valores, los códigos emocionales, el enfrentamiento a las adversidades de la cotidianidad, la satisfacción de las necesidades, los modelos comunicativos que en interflujo con los aspectos que configuran la estructura a través de los roles, la jerarquía y las relaciones de poder colocan su impronta en los sentidos subjetivos y conformando tendencias en el comportamiento de sus miembros. Por todo lo anteriormente expresado es que juzgamos de válido reconocer que a la relación de pareja se llevan los aprendizajes anteriores, de otros vínculos dentro de los cuales se ha interactuado, y que éstos influyen en su historia personal, pero no constituye la única causa para la violencia hacia la mujer por su pareja, porque estaríamos negando la autonomía funcional de los contenidos psicológicos en el momento actual, interactivo y el carácter activo y regulador del sujeto en su doble función: mediatizadora de la realidad y autonomía con respecto a ésta ^(91, 107, 108).

En este estudio se tuvieron en cuenta las variables instrumentales, emocionales, informativas y motivacionales relacionadas con el apoyo familiar.

Apoyo familiar: Grado de efectividad en que se envuelven los miembros de la familia en respuestas a problemas, conflictos y crisis.

Instrumentales: Ayuda financiera, de bienes, alojamiento, aprovisionamiento.

Emocionales: Incluyen apego, amor, cooperación, atención, amparo, protección, comprensión, confianza, receptividad a la ayuda, aceptación, seguridad, defensa, acompañamiento, solidaridad, aliento y estímulo.

Informativas: Trasladar informaciones necesarias acerca de aspectos que de algún modo estén relacionados con su problema, con la finalidad de favorecer con ello la asunción de comportamientos que puedan resultarle apropiados ante su situación, dialogar sobre las posibles soluciones o alternativas ante el problema, a través de una comunicación sincera-clara-directa-oportuna-adeuada, propiciarle el esclarecimiento de las opciones y alternativas que tiene por delante.

Motivacionales: Movilizar, inspirar, animar, estimular, a tomar partido, con responsabilidad, ante el enfrentamiento al problema. Ayudar en el establecimiento de un plan a seguir.

1.6.2.4. Factores asociados a la relación de la pareja

Cada individuo tiene su propia elaboración, representación y significación acerca de las relaciones de pareja, resulta importante incorporar otros elementos que permitan explicar con mayor amplitud los factores que influyen en la conformación y dinámica intersubjetiva de los vínculos que propicien relaciones abusivas. Los modelos de Belsky (76, 77, 78) y de la OPS (4) consideraron que, entre los factores influyentes, se encuentra la dinámica en las relaciones de la pareja. Los modelos que han tenido en cuenta este factor han recalcado la comunicación interpersonal, el desequilibrio de poder, el nivel académico, el ciclo de la violencia, los roles de género, las expectativas, el ideal de pareja y las habilidades para resolver los conflictos. (4, 82, 83)

A partir de cómo la pareja haya configurado el vínculo, equitativo o asimétrico y de la forma que hayan establecido la fusión del mismo, si de dominancia, o de sumisión; o dependientes o democráticas seguirán diferentes alternativas para resolver las contradicciones cotidianas inherentes a toda relación de pareja.

Caracteriza a la violencia en la relación de pareja su carácter repetitivo, dado por la naturaleza del tipo y modelo del vínculo. También pueden influir en el mantenimiento de la relación abusiva; el ciclo de la violencia,

ciclo que integra la dinámica de la relación abusiva entre la víctima y el victimario, los ideales y las expectativas, los cuales se encuentran muy relacionados y constituyen dos aristas de un mismo proceso; la capacidad de anticipar y mediatizar, reflexivamente, en mayor o menor grado el comportamiento. ⁽⁹³⁾

El desempeño de los roles y el acceso y control de los recursos forman parte de la realidad subjetiva que se expresa en el auto-concepto ⁽¹⁰⁹⁾, donde interviene también lo personalógico, a través de su vínculo con la identidad personal y genérica.

El rol de género, son comportamientos aprendidos que varían según el contexto, la cultura, el momento histórico y están íntimamente asociados a la personalidad en su totalidad, expresa la forma particular, propia de cada persona de interpretar y resignificar los patrones sociales en su vida cotidiana. A partir de la asunción del rol, se configura una ideología de la relación, la posición que ocupa y sus expectativas con respecto al vínculo. Los roles de género orientan en cuanto a lo que se espera, permite y promueve de la persona según el sexo, pero no se detiene en la demanda social, si no en la forma en que se refleja, asimila e interpreta el rol en esas mujeres; según sus particularidades personalógicas. ⁽¹¹⁰⁾

El desempeño de los roles se clasifica en:

- *Ámbitos reproductivos*: la reproducción, crianza, alimentación, cuidado de la salud, apoyo afectivo y organización del hogar, por el cual no se recibe remuneración económica y que la cultura le ha asignado a las mujeres.
- *Ámbito Productivo*: Es donde se producen bienes y servicios para el consumo e intercambio. Reconocido como trabajo y generalmente recompensado con ganancias económicas.
- *Ámbito Comunitario*: Se relaciona con las interacciones orientadas a mantener las condiciones básicas de funcionamiento y bienestar del grupo social. ⁽¹¹¹⁾

El hecho de que en la pareja estén presentes diferentes desempeños en los roles implica diferentes niveles de acceso y de control sobre los recursos que marcan las asimetrías en el poder, las inequidades y las desigualdades. La diferencia entre tener el acceso y tener el control sobre los recursos es importante, porque la posibilidad de usar un recurso no necesariamente implica la posibilidad de definir y decidir sobre el recurso y estos elementos impactan en la configuración, la fusionabilidad, jerarquía, control y el poder en el vínculo.

Acceso: la capacidad de utilizar un recurso o aprovechar una oportunidad.

Control: la capacidad de adoptar decisiones valederas y obtener beneficios del uso de los recursos.

Tipos de recursos: Materiales/económicos, informativos/educativos, políticos.

- *Materiales/económicos*: Trabajo, dinero, remuneración, alimentación, equipos, vivienda, seguridad social, facilidades para realizar tareas domésticas, cuidados de los hijos, de servicios y suministros.
- *Informativos/educativos*: educación formal, no formal, entrenamiento en el trabajo, espacios de intercambio de opinión e información, insumo para poder tomar decisión con el fin de modificar o cambiar su situación, condición o problema.
- *Políticos*: Posición de liderazgo y movilización de los actores en posición de decisión, espacios de opinión, comunicación, negociación y concentración. ⁽¹¹¹⁾

1.6.2.5. Factores individuales

Corsi ^(79, 80, 81), Belsky ^(76, 77, 78) y la OPS ⁽⁴⁾ consideraron algunos factores individuales asociados a este problema en el victimario, pero no enfatizan en el estudio de factores relacionados con la víctima.

Entre los factores biológicos estudiados por otros autores están el sexo, los trastornos genéticos, hormonales, las cifras de glicemia, los altos niveles de serotonina, los trastornos de la lateralidad hemisférica, las alteraciones del lóbulo frontal con daño cerebral localizado, los efectos de medicamentos y de sustancias tóxicas y los trastornos mentales ⁽¹¹²⁾

Lo personológico no puede explicar el secreto de la conducta que asumen las mujeres ante un acto violento, ya que no es sólo de orden psicológico, pero resulta imprescindible detenernos en la mujer abusada, "lugar" donde se produce el delito. Entre los factores subjetivos se encuentran la percepción y vivencia personales de la violencia de pareja; generadas por su experiencia personal, por su nivel educacional, socio-económico, religioso, forma de vida, los conceptos acerca de la violencia que tienen los grupos sociales en que participa o ha participado; en estrecho intervínculo con la dimensión motivacional y los recursos personológicos.

La dimensión motivacional agrupa entre sus contenidos a la autovaloración que es un subsistema de la personalidad que incluye un conjunto de necesidades y motivos, que se expresan en un concepto preciso y generalizado del sujeto sobre sí mismo y que integra un conjunto de cualidades, capacidades e intereses que participan activamente en la satisfacción de los motivos integrantes de las tendencias orientadoras de la per-

sonalidad, o sea, que están comprometidos en la realización de las aspiraciones más significativas de la persona ⁽¹¹³⁾. Es una formación psicológica esencial para caracterizar la capacidad de autoconocimiento y autorregulación. Esta dimensión regula la conducta con la cual el sujeto se siente comprometido de modo muy personal; ahí radica su función valorativa-reguladora-educativa ⁽¹¹⁴⁾.

La autoestima constituye la dimensión afectiva global de todo este proceso de auto-referencia, es nutriente de la dignidad y el orgullo personal. Significa cuánto se ama, se estima y se acepta a sí mismo el sujeto.

Se denomina en este trabajo como Recursos personológicos, a las particularidades de la personalidad que permiten una interrelación, una forma de dar respuestas a las demandas del medio circundante. Suponen el afrontamiento a las vicisitudes de la vida a partir de la autoaceptación y autocomprensión, una determinada competencia en la interacción con el medio. Estos recursos posibilitan a los sujetos elaborar intencionalmente alternativas múltiples de expresión, tomar decisiones, buscar las causas de sus comportamientos, identificar, priorizar y darle solución a los eventos del medio y transformar la realidad objetiva. El sujeto configura de modo más o menos consciente, diseña su comportamiento en la relación.

En el presente estudio fueron escogidos algunos recursos personológicos relevantes porque, apoyados en éstos, las personas valoran, reflexionan, adoptan posiciones, deciden, procesan y eligen las formas de afrontar los conflictos y de redimensionar las situaciones. Fueron seleccionados: la percepción del apoyo social, el locus de controlabilidad, los modos de afrontamiento y las cualidades volitivas.

Las cualidades volitivas participan también en la regulación de la conducta, permiten soslayar la influencia de la inmediatez y adoptar una posición más autodeterminada hacia la realidad y hacia sí misma, momento eminentemente activo en la relación del sujeto con la realidad. ⁽¹¹⁵⁾ Las cualidades volitivas más esenciales son: la independencia, la firmeza, la perseverancia y el autodomínio.

El afrontamiento es la búsqueda de estrategias para lograr un resultado determinado ante una situación, es un proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. ^(116, 117)

Los estilos de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a manejar las circunstancias y los factores que limitan la utilización de los recursos son de índole individual, como las creencias y los compromisos; situacional, como la novedad, la cronología de los sucesos, la ocurrencia fuera de tiempo y la relación entre acontecimientos; incluyen además el grado de amenaza percibido y la temporalidad como la inmi-

nencia, la duración y la incertidumbre personal. ⁽¹¹⁸⁾ En el afrontamiento se distinguen dos estrategias: cómo vemos las cosas y cómo pensamos resolverlas.

Todos estos contenidos y estructuras de la personalidad están vinculados con la toma de decisiones, que puede presentarse de dos formas: reflejando de manera pasiva, mecánica y reproductiva esa realidad o elaborando, reorganizando de manera activa la situación.

Lazarus y Folkman, 1986, clasifican los modos de afrontamientos en: los dirigidos a resolver el problema para solucionarlo y los emocionales dirigidos a controlar la respuesta emocional, centrados en la regulación, en modificar la forma de vivir la situación. Entre estos últimos se presentan el estilo de huida, el de distanciamiento, el de comparaciones pasivas, el de auto-reproche, la culpa y el auto-castigo ⁽¹¹⁹⁾. Los estilos de afrontamiento de separación son considerados estrategias improductivas de solución ⁽¹¹⁵⁾ y la utilización de uno u otro se asocia con factores psicológicos, estilos personales, problemas con las figuras de autoridad, tolerancia a la ambigüedad, miedo al fracaso/éxito, las creencias y los valores. ⁽¹¹⁹⁾

El apoyo social se define como el proceso de percepción y recepción por el cual los recursos en la estructura social (instituciones, organizaciones, comunidad, redes sociales y relaciones íntimas) permiten satisfacer necesidades de las personas. Se conciben como apoyo social, las políticas y programas sociales y de salud, que favorecen la existencia de instituciones proveedoras de los servicios públicos, los de atención médica y social, así como las organizaciones comunitarias, políticas y religiosas. Se ha constatado que las comunidades que ofrecen pobre o nulo apoyo social son más susceptibles a la violencia sea más frecuente. ^(120, 121)

La controlabilidad es la posibilidad de que el sujeto manipule las características medioambientales que interactúan con los estímulos desbordantes y de esa forma modular su efecto, lo que da al individuo una cierta sensación de dominio del ambiente y no lo hace sentirse indefenso. ⁽¹¹⁵⁾

El locus de control es la percepción del sector de la realidad personal y social que controla las contingencias que actúan sobre la conducta, y que puede ser percibida por uno mismo o por entidades del exterior. Su exploración permite conocer las expectativas del sujeto acerca de cómo sus acciones pueden influir o no controlando el ambiente y permite valorar sus mecanismos regulativos. Expresa el grado de responsabilidad que el sujeto asume por lo que le acontece. Es el concepto de "uno mismo como agente". Se relaciona con los modos de identificar, predecir los conflictos y percibir el grado de control que ellas tienen sobre el evento. En las

mujeres que, a través de sus propios recursos y habilidades se centran sobre el problema, trabajan objetivamente en su resolutivez e influyen sobre el acontecimiento con la finalidad de vencer los obstáculos; predomina el locus de control interno y en las mujeres que se perciben como incapaces para enfrentarlo, poseen menos conocimientos sobre ellas mismas, creen en los milagros, no se centran en el problema y adoptan menor nivel de fundamentación, reflexión, decisión y responsabilidad para resolver la violencia de pareja predomina el locus externo.

1.7. El Modelo Multidimensional: Similitudes y Diferencias con otros modelos.

En el contexto cubano, en las revisiones bibliográficas realizadas por la autora no se ha encontrado con modelos explicativos que representen nuestra realidad, lo que condujo a la autora a proponer un modelo con un sentido abierto que enriquece la teoría con nuevos conocimientos respecto a las características, relaciones esenciales y funcionales de los elementos interrelacionados que influyen en el fenómeno para su mejor comprensión y manejo. Los factores influyentes fueron agrupados de manera simplificada en cuatro niveles, comunitario, servicios de salud, relacional y psicológico; enfatizando que forman un sistema configurado de interacciones y que cada dimensión no es una realidad independiente, sino diferentes planos de un mismo sistema; que se combinan entre sí en una entrelazada red de factores.

Derivado de la profundización teórica explicativa de los factores influyentes y del conocimiento de que la naturaleza de este fenómeno es compleja, el esquema científico propuesto apunta hacia una visión holística del problema.

En la construcción teórica y metodológica de la violencia es necesario incluir categorías del campo de la salud pública y de la psicología, por ello la especificidad del Modelo radica en el otorgamiento de una mayor profundidad explicativa a los factores dependientes de las respuestas del sector salud y a los factores dependientes de la propia relación de pareja poniendo el acento en las particularidades psicológicas de la mujer maltratada, en su función reguladora, como categoría y principio de la Psicología. Además para su análisis se necesita circunscribir la relación entre los factores dependientes de la comunidad que permitan comprender los procesos de inserción e interrelación de los individuos en su contexto.

La autora se adhiere a la conceptualización de modelo ofrecida por Isabel Louro y Francisco Rojas Ochoa, ambos especialistas de la Escuela Nacional de la Salud Pública Cubana, la primera especialista plantea –

“que es una guía para pensar, hallazgos puestos sobre un tablero para comenzar a organizar información con quien se comparte un empeño” ⁽¹²²⁾ y el segundo –“que es una representación de una teoría abstracta de un hecho o un objeto, es una representación de la realidad que facilita su comprensión y manejo” ⁽¹²³⁾

En este trabajo se consideró como modelo; un esquema, una representación, un diseño conceptual que señala como un conjunto de acciones pueden ser organizadas y ejecutadas a partir de los factores que influyen en su presentación. El modelo se estructuró de manera simplificada en cuatro niveles; nivel comunitario y los dependientes de los servicios de salud, nivel relacional y los personológicos; enfatizando que forman un sistema configurado de interacciones y que cada dimensión no es una realidad independiente, sino diferentes planos de un mismo sistema; que se combinan entre sí en una entretejida red de factores. El modelo abraza una concepción multidimensional de cómo funcionan en la práctica las cuatro dimensiones que lo conforman, a la vez facilita hilvanar las acciones multidisciplinarias, multisectoriales, con participación de la comunidad para mejorar las actuaciones en pro de minimizar el problema de la violencia hacia la mujer por su pareja.

Conclusiones del Capítulo I

La violencia hacia la mujer en la relación de pareja es un problema que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, pero su reconocimiento como problema social se ubica a partir del siglo XX y como problema de salud proviene aproximadamente de la década de los 70 de la pasada centuria. Se justifica este fenómeno como un problema de salud, se enmarca el tema en los marcos de la Salud Pública y la pertinencia de su manejo a nivel local.

Se realizó una propuesta teórica en torno a la violencia que tuvo en cuenta, dada la diversidad de definiciones, su definición, los modelos teóricos explicativos precedentes que han marcado el análisis y las soluciones del problema; las teorías que fundamentan la comprensión de este fenómeno y en las que se sustenta este estudio para investigar los nuevos factores que contribuyen al esclarecimiento y ampliación explicativa del mismo. Se propone un modelo que acceda a reflejar e integrar esos factores en nuestra realidad, que facilite una guía para la acción desde la intersectorialidad, la multidisciplinariedad y la participación comunitaria para mejorar las actuaciones en pro de minimizar el problema de la violencia hacia la mujer por su pareja.

2. DISEÑO METODOLÓGICO.

2.1. Aspectos generales.

Implementar un conjunto coordinado de acciones con el propósito de mejorar las respuestas a este problema, requirió de un estudio a "ciclo completo" que condujo a la autora a revisar con amplitud toda la bibliografía existente sobre los factores influyentes tenidos en cuenta por otros autores así como los modelos explicativos precedentes, lo que permitió construir un marco referencial que facilitó asumir, fundamentar y profundizar el enfoque integrable en el diagnóstico de los nuevos factores que influyen y una posición teórica en correspondencia con la profundización en el conocimiento de estos factores y proponer un modelo que permitiera el diseño, implementación y evaluación de las acciones. Lo que requirió de dos etapas investigativas que respondieran a los objetivos planteados y de la utilización de diversos métodos del conocimiento, tanto del nivel teórico como empírico y estadístico; del empleo de diferentes alternativas metodológicas, de la selección de muestra para el estudio de las mujeres y de la convocatoria a participar, en el caso de los factores comunitarios, entre ellos los servicios de salud; se utilizaron varias técnicas de recogida de la información y disímiles escenarios durante un período de ocho años.

2.2 Contexto de la investigación

Los escenarios seleccionados incluyeron:

- Las Unidades de la Policía Nacional Revolucionaria
- El Departamento de Medicina Legal del Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"
- El Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud
- Siete áreas de salud del municipio de Cienfuegos.

2.3. Etapas de la investigación

2.3.1. Etapa I: Los Actores y los Factores

La primera etapa y fase de recogida de información por métodos cuantitativos y cualitativos, transcurrió desde septiembre de 2002 hasta mayo de 2007. Durante esa etapa se ejecutaron cinco tareas investigativas, en la que se pueden identificar dos momentos: el primero, dedicado a la determinación de los factores socio-demográficos, individuales y relacionales asociados a la violencia hacia la mujer a través de la aplicación de una entrevista estructurada y de instrumentos de evaluación psicológica, durante el período 2002-2005. En el segundo momento se aplicaron la primera y segunda fase de la Investigación-Acción-Participativa (IAP), con el objetivo de identificar las instituciones y organizaciones, así como detectar los recursos potenciales, recopilar información sobre el apoyo social, la revictimización y la no información ajustada a las necesidades de la audiencia sobre el tema. Para ello se utilizaron las técnicas de: forum comunitario, entrevista a informantes clave, grupos focales y nominales en el período 2006-2007.

2.3.2. Etapa II: Diseñar, Planificar, Aplicar y evaluar las actuaciones.

Esta etapa transcurrió desde septiembre de 2006 hasta octubre de 2009 y abarcó las fases III y IV de la IAP. La fase III, Diseño y Planificación de la propuesta de cambio, permitió diseñar y planificar 25 acciones. Para el ámbito de la información-comunicación-educación (ICE) fueron propuestas ocho acciones; para el ámbito de la asistencia, once; y para la capacitación, seis. En el diseño de este conjunto de acciones se tuvieron en cuenta los resultados de la primera etapa. En la fase IV se comenzaron a aplicar las propuestas de cambio en los tres ámbitos a partir del segundo semestre de 2007, en los diferentes escenarios investigados. Ese plan de acciones se mantiene activado hasta la fecha de redactar este informe. A cada acción le correspondió un indicador y asignadas fechas de cumplimiento, de manera que fuera posible evaluarlas según: evaluación formativa, de procesos y de resultados.

En el ámbito de la asistencia se tuvieron en cuenta para su evaluación; trasladar la consulta de Sanidad, la creación y generalización de la consulta multidisciplinaria, el número de casos atendidos, los testimonios de las usuarias y el grado de satisfacción de estas últimas y de los prestadores de servicios. La evaluación se efectuó en dos momentos: el primero en el período 2007-2008 y el segundo en el período del año 2009. Para valorar la transversalización del tema en los programas de Promoción y Educación para la salud y de los

departamentos de salud mental de la Atención Primaria de Salud (APS) y la transferencia de tecnologías educativas, se realizó una reunión de trabajo con cada uno de los grupos de especialistas. Las guías de actuación fueron valoradas por un juez experto del tema.

Los resultados de las acciones en el ámbito de ICE y la capacitación se evaluaron mediante el cumplimiento de las actividades. Por su complejidad, los resultados de esta etapa se presentan en un cuadro resumen en el capítulo correspondiente.

2.4 Diseño de los estudios

En la investigación se produjo la complementariedad de la metodología cuantitativa y cualitativa.

Para determinar los factores socio-demográficos, personológicos y relacionales, se ejecutó un estudio analítico comparativo con tres grupos, el cual tuvo el propósito de establecer asociaciones y diferencias entre los posibles factores influyentes.

Para determinar los factores relacionados con la comunidad y los servicios de salud, la metodología que mejor se adecuó, fue la IAP (124, 125, 126, 127, 128.). La IAP facilita la comprensión de *“lo que sucede”* e interpretar *“por qué ocurre”*, desde el punto de vista de quiénes actúan e interactúan y cómo enfrentarlo entre todos. La meta de este enfoque investigativo es aplicar que los actores sean los autogestores del proceso, apropiándose de él y teniendo un control operativo (saber hacer), lógico (entender) y crítico (juzgar) de él. Esta metodología facilita la interacción entre los participantes, los procesos activos y el aprendizaje del problema desde la reflexión en colectivo, contribuyendo a crear espacios de experiencias alternativas que propicien la sensibilización, la concientización, la autoconciencia. Generado de los conocimientos adquiridos colectivamente posibilita la movilización, la creación de alianzas multisectoriales, la negociación, la descentralización de las acciones desde lo local, el compromiso político y la abogacía social a partir de las reflexiones que contribuyen a tomar decisiones, encontrar soluciones y transformar la realidad.

Al escoger esta modalidad la autora tuvo también en cuenta que le permitía ser facilitadora, intermediaria y conductora de los grupos de discusión, sin ser miembro de ellos. La experiencia profesional de la autora en el trabajo con grupos así se lo permitía. El rol asumido por la autora, según su grado de participación en las tareas de investigación y en la toma de decisiones, fue de participante activo y, según su grado de implicación en las situaciones investigadas, de participante completo.

Para lograr la concientización, la movilización, la negociación y las soluciones fueron incorporados actores y gestores sociales procedentes de diferentes disciplinas y sectores que se comportaron, al mismo tiempo, como sujetos y como objetos del estudio. El total de participantes en los diferentes grupos de discusión fue de 56 participantes.

En este trabajo, la pluralidad metodológica se logró interconectando métodos cuantitativos con cualitativos, aplicando diferentes técnicas metodológicas para la recolección de los datos y utilizando diferentes tipos en la selección de las muestras. Lo que permitió realizar la triangulación metodológica que es un procedimiento ampliamente usado que consiste en el uso de diferentes diseños de estudio, que permiten conjugar datos de naturaleza cuantitativa y cualitativa, utilizar diferentes fuentes de información y de perspectivas o metodologías para contrastar los datos e interpretaciones. Se aplicó para determinar los factores influyentes en los diferentes niveles de análisis provenientes de los aportes teóricos obtenidos de la revisión bibliográfica, con la indagación en los gestores y actores sociales, con los prestadores de los servicios de salud y con las actoras del evento.

Los integrantes de los diferentes grupos de discusión alcanzaron la orientación al cambio a partir de los conocimientos adquiridos, que les proporcionaron una percepción distinta del fenómeno; y de la transformación en sus respuestas, puesto que fue propuesto un conjunto de actuaciones para mejorar la situación.

2.5 Factores definidos para la exploración cuantitativa del primer objetivo.

2.5.1. Factores Socio-demográficos, Personológicos y Relacionales:

En este estudio, la variable dependiente fue la violencia de pareja. Las variables independientes, categóricas, nominales y politómicas, fueron:

- Socio-demográficas: nivel de escolaridad, religión, color de la piel y edad.
- Personológicos: dimensión motivacional; autovaloración, la autoestima y la frustración; recursos personológicos; modos de afrontamientos, locus de controlabilidad; cualidades volitivas: perseverancia, firmeza, independencia y autodominio; y percepción de apoyo social (gubernamental, no gubernamental y ninguno).

- Relacionales; estado civil, antecedentes de hogares sismicos, (física, psicológica, sexual y económica), apoyo familiar (instrumental, motivacional, informativo, emocional), además el desempeño de los roles (productivo, reproductivo, gestión comunitaria y productivo-reproductivo) y el acceso y control a los recursos informativos, motivacionales e instrumentales.
- Utilización de los servicios de salud.

Los resultados del primer momento de la primera etapa de la investigación condujeron a la autora a profundizar en los factores dependientes de la comunidad y de los servicios de salud con el afán de entender el porqué de este manejo del problema por parte de las redes sociales en aras de mejorarlo. Por ello se plantearon los siguientes propósitos a investigar en la comunidad a través de los gestores y actores sociales.

2.5.2. Factores influyentes de la comunidad

- Las opiniones, las percepciones, las creencias y argumentos concernientes a la violencia hacia la mujer como problema social y de salud, a su magnitud, su alcance, los factores influyentes.
- La indagación sobre las actuales respuestas de la comunidad, las propuestas para el diseño de las acciones así como la toma de decisiones para implementar las mismas.

Principales supuestos de los que partió este estudio.

- La escasa divulgación sobre la dimensión real de la situación de la violencia hacia la mujer en la relación de pareja favorece la baja percepción y concientización del problema por parte de la comunidad, contribuyendo a la retardo de las respuestas.
- Están presentes opiniones, saberes, creencias populares y mitos, que naturalizan y cotidianizan el evento limitando la inclusión del tema a las agendas de trabajo de los gestores sociales y en las actitudes y actuaciones que asumen los vecinos ante el hecho.
- Las acciones de los diferentes sectores están pobremente coordinadas, fragmentadas y con poca participación de la comunidad.
- La cobertura informativa por parte de los medios locales de comunicación social es escasa, no sistemática y no responde a las necesidades de la audiencia ni de la población en general.

También a partir de los resultados encontrados en el estudio de los factores socio-demográficos, psicológicos, relacionales y además de los resultados con los gestores sociales y en las investigaciones tutoradas ^(15,16, 23) se llevó a cabo el estudio con los prestadores de los servicios de salud.

2.5.3. Factores influyentes de los Sistemas de Servicios de Salud.

- Los conocimientos y actuaciones de los proveedores de los servicios de salud que se desempeñan como promotores de la salud y como especialistas de la salud mental.
- Las reflexiones sobre las actuales respuestas al problema desde la promoción hasta la asistencia y las posibles acciones a implementar.

Principales supuestos de los que partió el estudio:

- Son insuficientes los recursos materiales, los técnicos y los de procesos.
- Entre los prestadores de los servicios de salud están presentes mitos, estereotipos culturales, prejuicios y una imagen devaluada de las mujeres violentadas.
- Las acciones promocionales, preventivas y de asistencia son escasas.
- No se transversaliza en los programas priorizados de la APS el tema de la violencia.
- No se transfieren tecnologías educativas
- Las acciones dentro del sector salud no están suficientemente integradas y coordinadas.
- Las acciones ICE y de la asistencia realizadas por esos departamentos no están científicamente avaladas por la caracterización de las audiencias a las que van dirigidas estas acciones.
- Existen necesidades de aprendizaje acerca del tratamiento preventivo-asistencial.
- La definición del tema maltrato hacia la mujer en la relación de pareja y su tratamiento desde la prevención y la ayuda a las víctimas, son poco claras.

2.6. Participantes en el estudio. Procedimientos para su selección.

2.6.1 Participantes en el estudio de los factores socio-demográficos, psicológicos y relacionales

El total de participantes fue de 170 mujeres. Se conformaron tres grupos: el primer grupo, de una unidad muestral de 78 mujeres que acudieron a denunciar el delito a la Policía Nacional Revolucionaria durante el segundo semestre de 2002, cumplieron los criterios de inclusión 40 mujeres.

Criterios de Inclusión:

- Acceder voluntariamente a participar en la investigación, previa explicación de sus objetivos y desarrollo.
- Tener 20 años o más.
- Residir en el municipio de Cienfuegos.
- Haber sido víctima de violencia por su pareja y denunciarla.
- Haber tenido relaciones con su pareja en el último año.
- Nivel de escolaridad mínimo de sexto grado para asegurar la comprensión de los instrumentos de evaluación psicológica.

Se estimó para el Grupo II el mismo número de mujeres del Grupo I, pero durante la investigación se encontraron diez casos más y la autora estudió a las cincuenta que cumplían los criterios de inclusión del Grupo I, además de la ubicación geográfica y que a criterio del equipo básico de trabajo (EBT) eran las mujeres que sufrían violencia de pareja y no la denunciaban, y que una vez visitadas en su hogar, afirmaban convivir con el maltrato pero no lo denunciaban.

El Grupo III fue conformado con 80 mujeres, o sea el doble de los casos del Grupo I que cumplían con los criterios de inclusión excepto no ser víctimas de maltrato de pareja. Asimismo por la ubicación geográfica y que a criterio del EBT mantenían relaciones no abusivas con el agresor y que además negaron ser víctimas de la violencia íntima una vez entrevistadas. Este último grupo se conformó en el mismo período de tiempo que los anteriores.

Quedando conformado los grupos de la siguiente forma: Grupo I, 40 mujeres que denuncian el maltrato, el Grupo II, 50 que no denuncian el maltrato y el Grupo III, 80 mujeres que no pertenecen a ninguna de las categorías anteriores.

2.6.2 Primera Fase de la IAP.

Participantes en el estudio de los factores relacionados con la comunidad.

Gestores sociales. En la Primera Fase de la IAP, a partir de los hallazgos arrojados en la investigación tutorada por la autora ⁽¹⁵⁾ y en el estudio de las mujeres que denuncian el maltrato, se identificaron diecisiete instituciones y organizaciones, tales como: sector de la Salud, los Comités de Defensa de la Revolución, Fiscalía General de la República, Policía Nacional Revolucionaria, Dirección Provincial de Cultura, INDER, Unión de Jóvenes Comunistas, radio, prensa escrita y de la televisión local; además. Dirección Provincial de Educación y Federación de Mujeres Cubanas. La selección de los gestores sociales fue por asistencia voluntaria, por convocatoria a personas políticamente importantes de estas instituciones y organizaciones para participar en la Fase II o Diagnóstica de la IAP. El grupo quedó conformado por ocho personas del sexo masculino y siete del sexo femenino, pertenecientes a edades medias de la adultez y con predominio del nivel superior de educación. Sólo dos participantes poseían el nivel medio de educación.

Criterios de inclusión para los gestores sociales:

- Pertenecer y ocupar cargos administrativos en el sector que representan.
- Acceder voluntariamente a participar en el grupo de discusión.

El grupo de los **actores sociales** fue de veintiuno. Fueron seleccionados, mediante muestreo estratificado. Se seleccionaron al azar 20 mujeres que denunciaron el maltrato y se visitaron los actores sociales de la comunidad correspondiente. Se escogieron como informantes clave los presidentes de los CDR, las secretarías de la FMC de la cuadra y los secretarios de los núcleos zonales del Partido Comunista de Cuba. De los veintiún actores catorce fueron hombres, mayores de 40 años de edad, mayoritariamente de nivel educacional medio, habitantes de los barrios de las víctimas, y siete mujeres comprendidas entre las edades de 25 a 55 años de edad, de nivel técnico medio y profesional.

Criterios de inclusión para los actores sociales: Ocupar cargos en las organizaciones de base de la comunidad. En este estudio se considera que estos actores poseen la información requerida y poseen influencia política; además están dispuestos a brindar información verídica.

Participantes en el estudio de los factores relacionados con los servicios de salud.

A partir del grupo de discusión de los gestores sociales y de la investigación dirigida a determinar los factores individuales así como de las tesis tutoradas^(15,16, 23) se acordó que los departamentos de EPLS así como los

CSMC fueran los que participaran en la investigación, quedando conformado por veinte personas, diez personas por cada uno de los departamentos APS seleccionados.

La muestra de las educadoras para la salud fue seleccionada a partir de unidades homogéneas, atendiendo a su situación ocupacional. Ese grupo quedó conformado por 10 profesionales, de los cuales siete eran Licenciadas en Educación, dos eran Defectólogas y una, Licenciada en Tecnología de la Salud. Todas eran mujeres entre 30 y 50 años. Estuvieron representadas siete áreas de salud del municipio, así como las responsables, a los niveles municipal y provincial de esa especialidad.

La muestra de los especialistas de salud mental fue obtenida mediante un muestreo por asistencia voluntaria, por convocatoria. El grupo quedó constituido por ocho Especialistas de Primer Grado en Psiquiatría, cada uno con más de 5 años de experiencia; el coordinador municipal de la especialidad, Psicólogo y Máster en Psiquiatría Comunitaria, con más de 15 años de experiencia; una Licenciada en Enfermería, coordinadora de un centro y Máster en Ciencias. Las edades de los participantes estuvieron comprendidas entre los 35 y 45 años. Los criterios de inclusión para los prestadores de los servicios de salud:

- Desempeñarse como funcionario de los departamentos de Promoción y Educación para la Salud o ser coordinadores de los CSMC del municipio de Cienfuegos.

2.7. Técnicas y procedimientos de recogida de información:

Para llevar a cabo el estudio fue preciso utilizar los métodos teóricos del conocimiento que nos permitieran revelar las relaciones esenciales del objeto de investigación, los cuales son fundamentales para la comprensión de los hechos.

Se utilizó el histórico-lógico, a razón de que nos permitió comprender la trayectoria del desarrollo del fenómeno y ha servido de hilo conductor para proponernos y alcanzar los objetivos. El analítico-sintético, fue también necesario para lograr descomponer e integrar los resultados de las tareas investigativas tanto de carácter práctico (la presencia de los factores) como en las respuestas al problema. La inducción y la deducción permitieron alcanzar la generalización sobre la influencia de los factores. El sistémico-estructural y funcional contribuyó al enfoque general del estudio como una realidad compleja integrada por diferentes niveles de análisis agrupada en cuatro dimensiones que mantienen de forma dinámica interacciones entre ellas, de ascensión de lo abstracto a lo concreto y la modelación.

2.7.1 Técnicas y procedimientos aplicados a los grupos I, II, III.

La entrevista fue utilizada como técnica empírica para recoger datos de los factores socio-demográficos, individuales y relacionales. Se hizo necesario construirla en el transcurso de la investigación, pues no se encontró un instrumento que se ajustara a la concepción teórica.

La entrevista se desarrolló a partir de un esquema básico, pero no aplicado rígidamente, si no permitiendo las necesarias adaptaciones. Fue usada una ruta o plan que guió la entrevista a través de las variables a cubrir. Esta guía siguió cierto orden lógico y psicológico, o sea, una secuencia lógica entre los asuntos, impidiendo que las cuestiones complejas, se situaran prematuramente, evitando, en lo posible obstáculos, o barreras para responder las preguntas.

La entrevista siguió el modelo de una conversación entre iguales y no un intercambio formal de preguntas y respuestas, pues en este estudio se consideró que el investigador no es un recolector de datos, si no un sujeto activo, implicado en un proceso de relación.

Las variables recogidas con este instrumento fueron: socios demográficos, personalidades (calidades volitivas y recepción del apoyo social), relacionales (con la familia de origen y con la pareja) y la utilización de los servicios de salud (Anexo 1).

Los instrumentos de evaluación psicológicas escogidos para evaluar el resto de las particularidades psicológicas, referidas a la dimensión motivacional y a los recursos psicológicos, fueron la Modificación de la Escala Dembo-Rubinstein, el Test de Autoestima de Coopersmith, el Cuestionario de Estados de Frustración, el Cuestionario de Modos de Afrontamiento, de Lazarus y Folkman y la Escala de Rotter ⁽¹²⁹⁾.

Procedimiento: La entrevista y las pruebas fueron aplicadas a los Grupos I y III por médicos de la familia y técnicos medios en psicometría. Posteriormente los resultados se convirtieron en temas de investigación de dos tesis de terminación de la Especialidad de Medicina General Integral. Las mujeres del grupo I fueron entrevistados en el Departamento de Medicina Legal por los médicos de familia.

La entrevista y las pruebas a los casos del Grupo II y III fueron aplicadas por médicos de familia y por estudiantes del 4to. Año de la Carrera de Licenciatura en Psicología con Mención en Salud en el Consultorio médico. Todos los encuestadores fueron previamente capacitados para la aplicación de los instrumentos.

Los entrevistadores trabajaron de forma independiente los tres grupos, lo que permitió que las respuestas obtenidas se pudieran considerar como "enmascaradas".

En todos los casos se realizaron dos sesiones de trabajo: una para realizar la entrevista y otra para aplicar las pruebas de evaluación psicológica. Posteriormente, se hizo un análisis por técnicas, que incluyó la identificación de las regularidades y las diferencias grupales, finalizando con un análisis cuanti-cualitativo, para lo cual se tomó como guía predominante, el método deductivo de la investigación científica.

2.7.2. Fase II de la IAP

Técnicas y procedimientos aplicados a los gestores sociales

Con los gestores sociales la técnica utilizada fue el **Fórum Comunitario**"^(130, 131) que consiste en una reunión de un Grupo de Discusión que se efectuó en el mes de Noviembre del 2006. Entre las razones que condujeron a su selección se encuentra el que las técnicas de los grupos de discusión realizan su principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción discursiva y la constatación de las opiniones, actitudes, argumentos y experiencias de los participantes, con la finalidad de solucionar en la práctica un problema susceptible de ser mejorado a partir de los conocimientos alcanzados por los líderes sobre el fenómeno⁽¹³²⁾. Además, es una de las técnicas más flexibles, más abiertas, menos directivas y más fecundas utilizadas para movilizar a los tomadores de decisiones locales hacia el cambio de la realidad.

Procedimiento. Se inició la sesión, que duró dos horas, con la presentación de los participantes y seguidamente se justificó el encuentro. Posteriormente, el Jefe del Departamento de Medicina Legal expuso el informe anual del comportamiento de la violencia hacia la mujer en la provincia de Cienfuegos. A continuación, la autora, que actuó como moderadora, explicó los resultados encontrados por las técnicas aplicadas a las mujeres víctimas, que evidenciaron la baja percepción del apoyo social y el pobre acceso y control de los recursos informativos y educativos. También expuso el número de denuncias realizadas en el año, los tipos de delito, algunas particularidades psicológicas de estas mujeres y la necesidad sentida de recibir asistencia médica por especialistas de la Salud Mental.

La moderadora invitó a los participantes a exponer libremente sus opiniones, puntos de vista y argumentos acerca de la exposición presentada por el Jefe del Departamento de Medicina Legal y por la moderadora y a

dar su consentimiento para participar en la investigación. En el debate se analizaron todas las valoraciones expresadas.

Temáticas propuestas a discusión. Se trabajó con una guía de tópicos, declarando los temas y se comenzó por la pregunta que respondía al tema: *“La violencia de pareja como problema social y de salud”*. Seguidamente se fue planteando cada una de las siguientes interrogantes y fueron analizadas las respuestas.

- Eventos asociados a la tendencia al ascenso del daño producido por la violencia.
- Magnitud y alcance del problema.
- La victimización secundaria.
- Percepción y recepción del apoyo social gubernamental.
- La información, la comunicación y la asistencia desde los diferentes sectores y su sistematización y articulación.

Se precisaron los resultados más significativos a partir de los diferentes ejes de análisis.

Técnicas y procedimientos aplicados a los actores sociales:

En los actores sociales de la comunidad la técnica utilizada fue la técnica *“Entrevista a los Informantes Clave”* ⁽¹³³⁾. Esta técnica se aplicó porque es un método apropiado para investigar sobre temas poco conocidos, porque permite comprender con mayor profundidad las opiniones, las representaciones sociales, las valoraciones, las actitudes y comportamientos que asumen los vecinos ante este evento, y porque se acerca a la descripción de la escena social desde adentro. Se utilizó la entrevista semi-estructurada para recoger la información lo que permitió obtener una información amplia y con uniformidad. La entrevista se conformó con preguntas introductorias directas y de especificidad.

Procedimiento. Estudiantes del cuarto año de la carrera de Psicología con mención en Salud, previamente entrenados para la realización de la entrevista, aplicaron la misma a los encuestados, en sus domicilios. El estudio tomó en consideración todos los aspectos éticos fundamentales como lo son, el consentimiento informado, la privacidad y la confidencialidad de la información. Este estudio se llevó a cabo entre los meses de Febrero a Julio de 2007. (Anexo 2).

Técnicas y procedimientos aplicados a los prestadores de los servicios de para la salud

La técnica utilizada con los funcionarios de los Departamentos de Promoción y Educación para la Salud fue la entrevista de **Grupos focales o Reuniones exploratorias de Grupo**. Se seleccionó esta técnica, bajo los criterios siguientes; primero, porque facilitaba focalizar la atención e interés del grupo en el tema específico; segundo, para lograr una información global asociada a los conocimientos, creencias y experiencia, difícil de obtener con profundidad usando otras técnicas; tercero, porque permitía realizar la búsqueda de información útil por medio de la interacción y la constatación de opiniones de los miembros del grupo; cuarto, poder discutir todos los ángulos del problema; quinto, porque le permitía a las educadoras, autoevaluarse y reflexionar sobre sus propias actuaciones, lo que de por sí contribuye al logro de una experiencia instructiva para ellas; y sexto, porque requiere de la elaboración de acuerdos dentro del grupo para mejorar el problema explorado (134, 135, 136). Esta técnica se aplicó en el mes de Enero 2007.

Procedimiento utilizado en el grupo focal:

Se siguieron los siguientes pasos:

Dirigidos a su elaboración: Se organizó el grupo de acuerdo con su perfil, desempeño laboral y experiencia en acciones informativas-educativas-comunicativas del tema. La moderadora fue la autora de este trabajo.

Se preparó la guía con los temas a desarrollar. Se plantearon las preguntas abiertas para cada uno de los temas (Anexo 3). Se enlistaron los puntos que se discutirían, tratando de ir de lo general a lo particular.

Dirigidos a su realización: Se siguió la estructura de Introducción, Exploración y Cierre.

Introducción: se invitó a los participantes a expresar su conformidad y a escoger dentro del grupo un relator. Se estableció el contacto y se les invitó a expresar sus ideas espontáneamente y con total libertad de expresión para cada una de las interrogantes.

Exploración: profundizar en las respuestas hasta agotar la descripción global de la información.

Cierre: resumir lo que se discutió para alcanzar los acuerdos propuestos.

La técnica cualitativa utilizada con los coordinadores de los Centro Salud Mental Comunitaria fue la Técnica de **Discusión Grupal de Grupo Nominal**, por dos razones: permite, con su aplicación, entender por qué sucede esta situación, a partir de las reflexiones individuales de los profesionales de la salud mental con experiencia. La segunda razón está dada por su propósito: la priorización de las actuaciones. Se aplicó la técnica en el mes de Mayo 2007. (137, 138)

Procedimiento utilizado en los grupos nominales: fueron conducidos por la autora del trabajo. Se pidió a los especialistas expresar su conformidad de participar antes de comenzar las sesiones de trabajo grupal. Se designó un facilitador y un relator, quien registró por escrito las intervenciones, la lista definitiva de factores identificados y otras observaciones de interés de la dinámica grupal. Al final de la sesión de trabajo se recogieron las hojas de trabajo donde cada participante plasmó sus reflexiones y se agradeció al grupo su colaboración. Se realizó sólo una sesión de trabajo grupal, en un local con las condiciones requeridas para el desarrollo adecuado de la actividad.

Se siguieron los siguientes pasos:

Se dio la consigna de redactar en silencio, individualmente, las respuestas a la pregunta: *“¿Cuáles acciones se realizan en los Centros de Salud Mental Comunitarios para el manejo de la violencia de pareja hacia la mujer?”*.

- 1) El facilitador registró por escrito, en una pizarra, las ideas expresadas por los participantes y quedó conformada la lista total de ideas.
- 2) Se realizó una discusión colectiva de las ideas. Los especialistas expusieron, debatieron y agruparon todas las ideas expuestas.
- 3) Se ofreció un nuevo listado de ideas para solicitar opiniones de los miembros del grupo, con el propósito de decidir las ideas que tuvieron mayor coincidencia y clasificarlas en orden de prioridad.
- 4) Finalmente, se llevaron a votación las ideas principales y se les presentaron de nuevo al grupo para su aprobación.

Las ideas priorizadas, fruto del trabajo del grupo, fueron integradas en una lista denominada: *“Acciones de los CSMC para mejorar el manejo preventivo-asistencial a la violencia de pareja”*.

2.8. Técnicas y procedimientos estadísticos

2.8.1 Técnicas y procedimientos estadísticos aplicados a los grupos I, II, III

Se aplicó la entrevista y los instrumentos de evaluación psicológica para medir los factores influyentes a nivel individual en las muestras seleccionadas en el primer momento de la etapa uno. Ello permitió la elaboración de bases de datos donde se recogieron las respuestas a las preguntas incluidas en el instrumento. El procesamiento de la información se realizó con el paquete de programas *“Statistical Package for Social Sciences”*

(SPSS) Versión 15.0, para Windows". Para identificar los factores individuales que influyen en la violencia hacia la mujer por su pareja se procedió a determinar, dentro de un conjunto de variables reconocidas por la literatura, las asociadas de manera significativa a la dimensión motivacional y a los recursos personalógicos. Se realizó un análisis estadístico a través de la aplicación de la prueba de independencia X^2 (Ji Cuadrado de Pearson) Los resultados de este estudio se presentan en tablas de contingencia con números absolutos y porcentajes. A pesar de que los resultados de la mayoría de los instrumentos de evaluación psicológica aplicados presentan sus resultados bajo códigos cuantitativos, la autora hizo énfasis en la búsqueda de los significados para interpretar los mismos.

2.8.2. Estrategias del análisis de las técnicas cualitativas

Factores influyentes de la Comunidad.

Gestores sociales: Unidad de análisis, el grupo. Se transcribieron todos los elementos proporcionados por los participantes durante el desarrollo de la sesión, luego se organizaron y ordenaron los comentarios, según la guía de tópicos tratados; se sintetizaron en categorías según el tópico a que se referían y se realizó el análisis de contenido. Posteriormente en una reunión de trabajo, se valoró cada uno de los aspectos a considerar de manera conjunta con los representantes del Sector de la Salud, de los medios masivos de comunicación y de la PNR.

Actores sociales: Se definieron las categorías de análisis, las cuales se agruparon en: "la violencia como problema de salud", "opiniones, creencias sobre la violencia de pareja", "actitudes y comportamientos que asumen los vecinos ante el evento", "divulgación del tema por los medios masivos de comunicación locales" y "beneficios de recibir informaciones para prestarles ayuda a las mujeres abusadas".

Posteriormente se codificaron los datos, se eliminaron los datos que sobraban, se compararon las opiniones, argumentos, las valoraciones, se interrelacionaron los datos arrojados contextualizando los mismos y cuantificándolos en números absolutos y porcentajes.

Servicios de Salud:

El Grupo Focal: La información obtenida fue codificada inmediatamente después de concluir la sesión y en un segundo momento se aplicó el análisis de contenido para interpretar y resumir los resultados que permitiera socializarlos con las personas involucradas en áreas de desarrollo de políticas e implementación.

El Grupo Nominal: Las ideas priorizadas facilitaron las propuestas de acciones a realizar por los CSMC indicando las tareas, actividades, fechas de cumplimiento e indicadores de medida.

2.9 Fases III y IV de la IAP:

Como parte de las fases III y IV de la IAP, se diseñaron, planificaron, implementaron y evaluaron las acciones según los indicadores establecidos y el tipo de evaluación. Fueron planeadas y llevadas a cabo, de forma sistemática reuniones de gestión y evaluación de las acciones que se describirán en detalle en el capítulo de Resultados. La continuidad de las actividades permitió introducir cambios o mejoras, a partir de las experiencias en el desarrollo de las acciones y las discusiones de grupo. Durante el transcurso de las reuniones se produjeron intercambios sistemáticos con todos los actores involucrados en los que se evaluaban los indicadores de cumplimiento de las acciones y se aprobaban nuevas actividades: (Reprogramación) entre ellos; cursos de capacitación, confección de materiales educativos y menciones publicitarias.

2.10 Elaboración del Modelo

La modelación constituye un procedimiento gnoseológico que se utiliza para organizar la cantidad de información. Si se considera la información como "diversidad reflejada", el modelo aparecerá en la relación sujeto-objeto como retransmisor de información.

La modelación, como proceso de abstracción en la obtención del conocimiento, opera con un objeto, no en forma directa, sino creando un sistema intermedio auxiliar, conocido como "modelo", con vistas a investigar o representar la realidad, con la finalidad de que facilite el esclarecimiento de la contribución de estos factores en su presentación en nuestro contexto y para agruparlos de manera simplificada como ente que evoluciona y que nunca está terminado, pero que permite tomar decisiones más acertadas sobre el problema.

El modelo propuesto está integrado por dos componentes, uno teórico y otro metodológico. El teórico se estableció a partir de la revisión de la bibliografía en este campo que permitió la definición del concepto de violencia hacia la mujer; de la consulta de las teorías en que se han sustentado otros modelos y la apropiación de otras teorías no tenidas en cuenta en los modelos explicativos precedentes; lo cual permitió integrar nuevos factores influyentes en los diferentes niveles de análisis; tales como los servicios de salud y los factores psicológicos.

El componente metodológico radica en el camino que se siguió en este trabajo para determinar los nuevos factores que se incluyeron en el estudio, que no sólo enriquece la explicación y comprensión del fenómeno sino su transformación, ya que permitió diseñar e implementar un conjunto de acciones destinadas a lograr el cambio de la realidad actual en nuestro contexto. El modelo está estructurado en cuatro dimensiones que incluyen factores comunitarios, de servicios de salud, relacionales y personológicos; a cada una de las cuales corresponde un conjunto de contenidos cognitivos, afectivos y comporta mentales en interrelación dinámica. El esquema científico que se corresponde con este modelo se presenta en los resultados.

2.11. Regulaciones éticas.

En esta investigación se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo. Se dio a conocer a los equipos de dirección de la Dirección Municipal de Salud, de la Policía Nacional Revolucionaria, del Palacio de la Salud y de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos en qué consistía la investigación, se les explicó cuáles eran sus objetivos generales y, en todos los casos, se obtuvo su aprobación, así como su compromiso de colaboración. Luego se realizó el mismo procedimiento en los consultorios del médico de la familia con todos los equipos de salud con los que se trabajó, en el Departamento de Promoción y Educación para la Salud y en los CSMC.

Para aplicar las técnicas de indagación se explicó a los participantes en qué consistía la investigación y los beneficios previsibles y se les pidió su consentimiento para participar en el estudio. Se aseguró la confidencialidad de los datos, la privacidad, el anonimato y se informó que tenían la libertad de retirarse voluntariamente.

Conclusiones del Capítulo II

Por ser este trabajo una investigación a ciclo completo, fue proyectado en dos etapas.

La primera etapa se realizó para determinar los factores asociados a la violencia íntima, en diferentes niveles de análisis. La segunda etapa constituyó el diseño, implementación y evaluación de un conjunto de actuaciones para mejorar el manejo del problema a nivel local.

Para alcanzar los objetivos de cada etapa fue necesaria la combinación de métodos a nivel teórico y empírico; la complementación de diseños de estudios cuantitativos y cualitativos, en los cuales se aplicaron diferentes técnicas y procedimientos para la obtención de la información, diferentes métodos de selección de participantes y variadas estrategias de análisis de los datos.

La triangulación de las fuentes y de los tipos de información facilitó la obtención de un modelo explicativo y transformador conformado por cuatro dimensiones, que se relacionan y forman un sistema complejo articulado según el cual cada nivel forma parte de la base causal de los otros y sus efectos. Reconoce las trama de las relaciones con esencia, interdependencia e interrelación. Cada dimensión agrupa un conjunto de factores enfocado hacia una matriz de relaciones complejas que incluye determinación recíproca, que enfatiza el entramado de niveles y dimensiones de la realidad que se articulan para dar lugar a un proceso que influyen en la presentación, en el curso y en el manejo del tema del presente trabajo.

Se presenta un Esquema Integrador General de la Investigación.

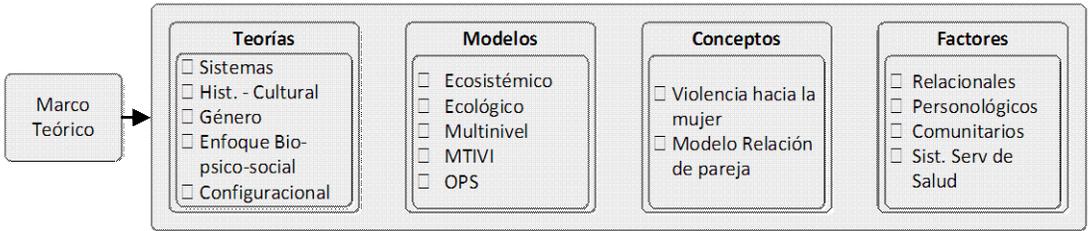
Las intervenciones dirigidas a prevenir la violencia hacia la mujer, así como las acciones para asistir a las víctimas son insuficientes. Se desconocen los factores individuales, relacionales, comunitarios y de servicios de salud asociados al problema

¿Cómo se asocian los factores sociodemográficos, relacionales y psicológicos con la violencia hacia la mujer por su pareja?

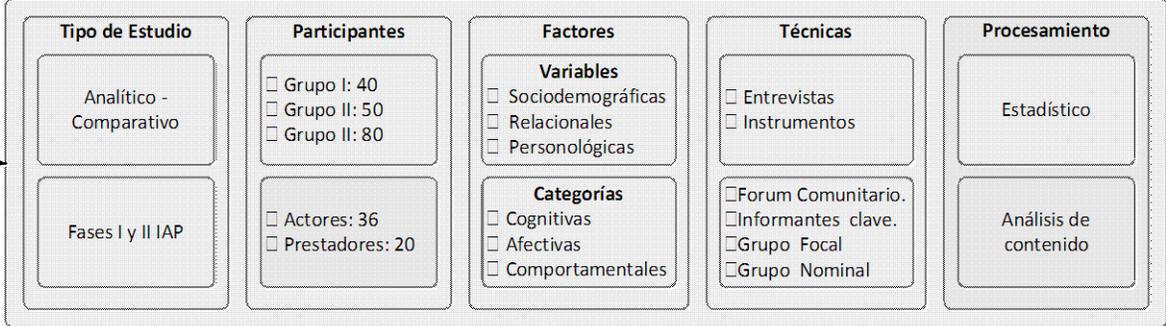
¿Cómo consideran los representantes de la comunidad y de los servicios de salud el problema de la violencia hacia la mujer por su pareja?

¿Cómo un conjunto de acciones articuladas, basado en los resultados del estudio de los factores, contribuye al tratamiento integral de los problemas de la violencia?

Objetivos



Planeamiento



TRIANGULACIÓN

MODELO MULTIDIMENSIONAL

ETAPA I
Actores y factores
2002-2007

ETAPA II
Propuesta de Cambio
Aplicación y Evaluación
2006-2009...

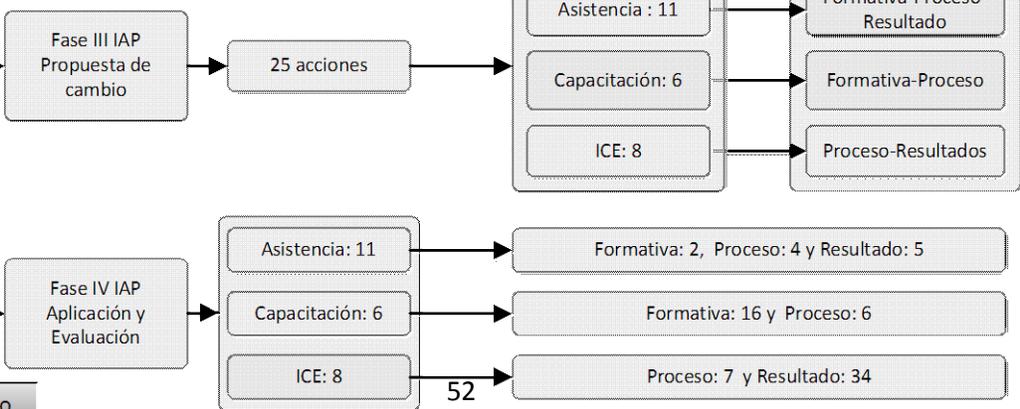


Fig. 1 Esq. metodológico

MODELO MULTIDIMENSIONAL

3. RESULTADOS FUNDAMENTALES

3.1. Factores Socio-demográficos

TABLA 1. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Factores socio-demográficos. Cienfuegos, 2006.

	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Subtotal	Chi ² Valor P*
	n	%	n	%	n	%		
Edad								
25 a 34	22	55,0	15	30,0	45	56,3	82	0.057
35 a 49	15	37,5	29	58,0	21	26,3	56	
50 y más	3	7,5	6	12,0	14	17,4	23	
Color de la Piel								
Blanca	26	65,0	38	76,0	73	91,3	137	0,253
No Blanca	14	35,0	12	24,0	7	8,7	33	
Escolaridad								
Primaria	5	12,5	2	4,0	3	3,7	10	0.001
Secundaria	17	42,5	11	22,0	16	20,0	44	
Preuniversitario	16	40,0	16	32,0	24	30,0	56	
Técnico Medio	0	0	13	26,0	20	25,0	33	
Universidad	2	5	8	16,0	17	21,2	27	
Religión								
Si	22	55	9	18	22	27,5	53	0,000
No	18	45	41	82	58	72,5	117	
Subtotal	40		50		80		170	

Fuente: Formularios

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson

De las mujeres maltratadas que hicieron la denuncia, más de la mitad (55%) estaban comprendidas en las etapas de la juventud y adultez temprana, en contraste con la mayoría de mujeres que no rompen con el vínculo abusivo, las cuales se encuentran en el período de la adultez media en un 58% de los casos. La piel blanca predominó en los tres grupos, aunque las no blancas son las que, proporcionalmente, acusan más (14 de 33, para un 42,2%).

La proporción de mujeres que posee un nivel educacional superior es mayor en el grupo de mujeres que no reciben violencia de su pareja, con un 21,2%. Es similar en los Grupos II y III, los porcentos en el nivel medio de instrucción mientras que en el Grupo I ninguna mujer alcanzó ese nivel.

El 82% de las mujeres que no acusan no posee creencias religiosas, a diferencia de las mujeres que sí acusan, de las cuales el 55% sí posee creencias religiosas.

3.2. Factores relacionales.

3.2.1 Con la familia

TABLA 2. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Antecedentes de haber recibido violencia en su familia de origen. Cienfuegos, 2006.

Antecedentes de hogares con violencia	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n.	%	
Físicas							
Frecuente	2	5,0	17	34,0	-	-	0,000
Poco Frecuente	10	25,0	23	46,0	4	5,0	
Nunca	28	70,0	10	20,0	76	95,0	
Psicológicas							
Frecuente	1	2,5	11	22,0	4	5,0	0,001
Poco Frecuente	11	27,5	16	32,0	9	11,3	
Nunca	28	70,0	23	46,0	67	83,7	
Económicas							
Frecuente	18	45,0	27	54,0	7	9,9	0,002
Poco Frecuente	20	50,0	16	32,0	62	88,5	
Nunca	2	5,0	7	14,0	11	1,6	

Fuente: Formularios

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson

El 95% y 83% de las mujeres no maltratadas por su pareja nunca recibieron violencia física ni psicológica, por parte de sus padres; el 70% de las mujeres que denunciaron el maltrato por su pareja tampoco recibieron maltrato por sus padres, mientras que las mujeres que no denuncian las relaciones abusivas nunca recibieron violencia física por parte de sus padres, solamente el 20% y psicológica el 46%.

TABLA 3. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Apoyo familiar. Cienfuegos, 2006.

Apoyo Familiar	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Instrumental							
Siempre	12	30,0	7	14,0	49	61,3	0,000
A veces	11	27,5	17	34,0	21	26,3	
Nunca	17	42,5	26	52,0	10	12,5	
Emocional							
Siempre	25	62,5	11	22,0	51	63,8	0,000
A veces	12	30,0	32	64,0	21	26,3	
Nunca	3	7,5	7	14,0	8	10,0	
Informativo							
Siempre	21	52,5	12	24,0	47	58,8	0,002
A veces	11	27,5	24	48,0	25	31,3	
Nunca	8	20,0	14	28,0	8	10,0	
Motivacional							
Siempre	23	57,5	8	16,0	42	52,5	0,000
A veces	14	35,0	27	54,0	12	15,0	
Nunca	3	7,5	15	30,0	26	32,5	

Fuente: Formularios

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

La recepción del apoyo familiar se comportó de forma semejante en las mujeres que denuncian y las que no conviven bajo relaciones abusivas (62%-63%, 52%-58%, 57%-52%), excepto en el apoyo instrumental, (30%-61%), en contraste con las mujeres que no rompen con la relación abusiva, que siempre reciben los apoyos en cifras menores al 25%, comportándose el apoyo instrumental de manera más baja que el resto de los apoyos (52%).

3.2.2. Relacionados con la relación de pareja

TABLA 4. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Estado conyugal. Cienfuegos, 2006.

Estado conyugal	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Subtotal	Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%		
Casado	8	20,0	21	42,0	61	76,7	90	
Unión consensual	23	57,5	29	58,0	19	23,3	71	
Divorciados	3	7,5	0	0,0	0	0,0	3	0,000
Separados	6	15,0	0	0,0	0	0,0	6	
Subtotal	40		50		80		170	

Fuente: Formularios

Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

En las mujeres víctimas de violencia íntima, tanto las que acusan como las que no, el estado conyugal que predominó en más de la mitad de ellas, fue la unión consensual, a diferencia de las mujeres no maltratadas, que son casadas en el 76,7% de los casos. El 22,5% de las mujeres que denuncian habían roto el vínculo matrimonial, a diferencia del grupo de mujeres que no acusaron el delito, entre las que no hubo divorciadas ni separadas.

TABLA 5. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Desempeño de los Roles. Cienfuegos, 2006.

Roles	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Productivo							
Si	7	17,5	36	72	11	13,75	0,000
No	33	82,5	14	28	69	86,25	
Reproductivo							
Si	11	27,5	39	78	9	11,25	0,000
No	29	72,5	11	22	71	88,75	
Gestión Comunitaria							
Si	27	67,5	5	10	21	26,25	0,000
No	13	32,5	45	90	59	73,75	
Produc-Reproduc							
Si	19	47,5	29	58	58	72,5	0,022
No	21	52,5	21	42	22	27,5	

Fuente: Formulario

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Hay diferencias entre los tres grupos y entre los roles.

Las mujeres que mantienen vínculos abusivos desempeñan el rol productivo y el reproductivo con mayores frecuencias (72%-78%), a diferencia de las mujeres que rompen con éste tipo de vínculo y las que no tienen esa condición. Las mujeres que acusan alcanzan cifras superiores en el desempeño del rol de gestión comunitaria (67%). Entre las mujeres que no reciben violencia por su pareja, el desempeño del rol productivo-reproductivo es superior (72,5%) a las mujeres maltratadas, denuncien o no el delito.

TABLA 6. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Acceso y control de recursos. Cienfuegos, 2006.

Recurso	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Acceso a los recursos materiales							
Si	40	100	45	90	80	100	0,002
No	0	0	5	10	0	0	
Control de recursos materiales							
Si	18	45	13	26	21	26,25	0,077
No	22	55	37	74	59	73,75	
Acceso a los recursos políticos							
Si	5	12,5	15	30	78	97,5	0,000
No	35	87,5	35	70	2	2,5	
Control a los recursos políticos							
Si	0	0	7	14	7	8,75	0,055
No	40	100	43	86	73	91,25	
Acceso a los recursos de información							
Si	20	50	35	70	79	98,75	0,000
No	20	50	15	30	1	1,25	
Control a los recursos de información							
Si	1	2,5	17	34	5	6,25	0,000
No	39	97,5	33	66	75	93,75	

Fuente: Formulario

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Resalta que las mujeres que denuncian el maltrato controlan los recursos políticos e informativos en frecuencias superiores a las mujeres que no denuncian, excepto el recurso material. Las mujeres que no reciben maltrato controlan los recursos de igual forma que las mujeres que denuncian el delito.

3.3. Factores Personológicos.

3.3.1 Dimensión Motivacional.

TABLA 7. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Autovaloración y Autoestima. Cienfuegos, 2006.

Dimensión motivacional	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Autovaloración							
SubV.	14	35,0	23	46,0	2	2,5	0,000
Adecuada	25	62,5	14	28,0	61	76,3	
SobreV.	1	2,5	13	26,0	17	21,3	
Autoestima							
Baja	18	45,0	30	60,0	9	11,3	0,000
Media	13	32,5	15	30,0	14	17,5	
Alta	9	22,5	5	10,0	57	71,3	

FUENTE: Test Dembo-Rubinstein y Test de Coopersmith

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

La autovaloración por defecto y la autoestima baja predominan entre las mujeres maltratadas que no acusan. Las mujeres que decidieron acusar el delito y las mujeres que no son víctimas de la violencia tienen una autovaloración adecuada, con predominio de las últimas. Entre las mujeres pertenecientes al primer grupo, la autoestima baja es la que presentó mayores porcentajes, no así en los controles en donde fue más frecuente la autoestima alta.

TABLA 8. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Estados Reiterativos de Frustración. Cienfuegos, 2006.

Esfera	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Material	22	55.0	32	64.0	26	32.5	0,001
Personal	12	30.0	35	70.0	12	15.0	0,000
Relaciones sociales	0	.0	29	58.0	0	.0	0,000
Familiar	7	17.5	33	66.0	1	1.3	0,000
Educacional	4	10.0	10	20.0	5	6.3	0,051
Política	0	.0	6	12.0	0	.0	0,001
Amorosa	19	47.5	29	58.0	5	6.3	0,000
Laboral	2	5.0	20	40.0	21	26.3	0,001

FUENTE: Cuestionario de Estados Reiterativos de Frustración.

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

La tabla evidencia que los estados reiterativos de frustración se presentan de forma diferente entre el grupo de las mujeres que no acusan y el resto de los dos grupos.

Los casos del Grupo I alcanzan porcentajes por encima de la media en los estados reiterativos de frustración, en la esfera material y discretamente por debajo de la media, en la esfera amorosa.

En los casos del Grupo II, los estados reiterativos de frustración se presentan en frecuencias y porcentajes superiores a la mitad en cinco de las ocho esferas escudriñadas.

Los controles arrojaron bajas frecuencias y porcentajes en cada una de las esferas.

3.3.2. Recursos personológicos.

TABLA 9. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Cualidades volitivas. Cienfuegos, 2006.

Cualidad	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Dependencia							
Dependiente	18	45,0	28	56,0	19	23,8	0,003
Bastante independiente	8	20,0	9	18,0	16	20,0	
Independiente	14	35,0	13	26,0	45	56,3	
Seguridad (firmeza)							
Inseguro	18	45,0	28	56,0	19	23,8	0,025
Bastante seguro	8	20,0	9	18,0	16	20,0	
Seguro	14	35,0	13	26,0	45	56,3	
Perseverancia							
Inconstante	18	45,0	28	56,0	19	23,8	0,000
Bastante constante	8	20,0	9	18,0	16	20,0	
Perseverante	14	35,0	13	26,0	45	56,3	
Autodominio							
No autodominio	18	45,0	28	56,0	19	23,8	0,000
Bastante autodominio	8	20,0	9	18,0	16	20,0	
Si autodominio	14	35,0	13	26,0	45	56,3	

Fuente: Formulario

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Aproximadamente la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja son dependientes, inseguras, inconstantes y no poseen autodominio, siendo aún mayor la proporción entre las que no acusan. Por contraste, más de la mitad de las mujeres que no reciben violencia expresaron poseer las cualidades de independencia, seguridad, perseverancia y el autodominio.

TABLA 10. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Percepción del Apoyo Social. Cienfuegos, 2006.

Apoyo Social	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Total		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gubernamental	4	10	7	14	12	15	23	13,53	0.0333
No Gubernamental	11	27,5	10	20	8	10	29	17,06	
Ambas	4	10	5	10	1	1,25	10	5,88	
Ninguno	21	52,5	28	56	59	73,75	108	63,53	
Total	40	100	50	100	80	100	170	100	

Fuente: Formulario

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Es significativo e importante señalar que en los tres grupos la percepción de recibir apoyo gubernamental ante este tipo de evento es muy baja y el apoyo no gubernamental lo perciben escasamente. Esa percepción se incrementa en el grupo de las mujeres que acusan y las que no reciben violencia por su pareja.

TABLA 11. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Locus de Controlabilidad. Cienfuegos, 2006.

Locus	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Interno	18	45,0	25	50,0	69	86,3	0,000
Externo	22	55,0	25	50,0	11	13,8	
Total	40	100,0	50	100,0	80	100,0	

FUENTE: Escala de Rotter.

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Los grupos que más se diferenciaron en los resultados encontrados el Grupo I y el grupo de controles. Para los primeros, el locus que obtuvo mayores frecuencias fue el externo, contrariamente a lo que ocurrió en el grupo de controles en donde predominó el locus interno. En el Grupo II ambos locus de control tuvieron resultados iguales.

TABLA 12. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Modos de Afrontamiento. Cienfuegos, 2006.

Modos de Afrontamiento.	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Confrontación	8	20,0	5	10,0	1	1,9	0,000
Distanciamiento	1	2,5	4	8,0	0	,0	
Autocontrol	1	2,5	11	22,0	19	35,8	
Búsqueda apoyo social	4	10,0	1	2,0	0	,0	
Aceptación responsab.	1	2,5	0	,0	0	,0	
Huida evitación	14	35,0	23	46,0	0	,0	
Planificación	2	5,0	4	8,0	8	15,1	
Reevaluación positiva	9	22,5	2	4,0	25	47,2	
Total	40	100,0	50	100,0	53	100,0	

Fuente: Cuestionario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

En los grupos de los casos, el modo de afrontamiento que alcanzó mayores porcentajes fue el de Huida-Evitación. Entre estos grupos se obtuvieron resultados diferentes entre los modos de afrontamiento de Confrontación y el de Reevaluación positiva a razón del grupo de los casos uno y en los casos del grupo dos a razón del modo de autocontrol. En el grupo de los controles predominó el modo de reevaluación positiva y el del autocontrol.

3.4 Utilización de los servicios de salud.

TABLA 13. Violencia hacia la mujer por su pareja. Intervenciones orientadas a su manejo integral. Asistencia médica. Cienfuegos, 2006.

Asistencia Médica	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3		Chi ² Valor P
	n	%	n	%	n	%	
Consultas Médicas							
Si	18	45	12	24	24	30	0,000
Muchas	7	17,5	22	44	0	0	
No	15	37,5	16	32	56	70	
Ingestión de medicamentos							
Si	25	62,5	11	22	14	17,5	0,000
Muchas	8	20	16	32	2	2,5	
No	7	17,5	23	46	64	80	

Fuente: Formularios

* Valores de P para la prueba de Chi cuadrado de Pearson.

Las mujeres maltratadas utilizan más los servicios de salud e ingieren más medicamentos que las mujeres que no reciben violencia por su pareja.

3.5. Resultados de los factores dependientes de la Comunidad.

3.5.1. De los gestores y actores sociales.

Coincidencia de opiniones en los gestores y actores sociales de la comunidad acerca de que la violencia hacia la mujer no es un problema social ni de salud, no conocían su verdadera magnitud, severidad y gravedad lo que favorecía la baja percepción y concientización del fenómeno. Tampoco tenían claridad sobre el conjunto de factores que contribuyen a la aparición del fenómeno, sólo conocían los factores individuales de los victimarios-víctimas, del estrato social-familiar y los hábitos tóxicos en el hombre, coloreados por mitos y estereotipos de género. No identificaron los factores dependientes de la comunidad ni los dependientes de los diferentes sectores, entre ellos, el de salud. Los actores sociales no reconocieron las diferentes manifestaciones de la violencia, facilitaban su naturalización, cotidianización y justificación, lo cual limita sus acciones y refuerza actitudes y comportamientos asumidos por los vecinos de no inclusión ante el acto.

Los escasos conocimientos que poseían los gestores sobre la re-victimización facilitaban su manifestación en las diferentes instancias a las que acudían las mujeres en busca de atención.

Los gestores estuvieron de acuerdo en que la sistematización y coordinación de las actividades entre los sectores para el enfrentamiento al problema eran deficientes, poco articuladas y que la cobertura del tema por los medios masivos de comunicación eran escasa, fragmentada y no respondía a las necesidades de las mujeres abusadas; este último aspecto fue encontrado tanto en los gestores como en los actores.

El proceso de acción reflexiva condujo a los gestores a concienciar el alcance, la gravedad y la tendencia del problema en el territorio, a incorporar nuevas ideas y criterios sobre los factores que influyen en la presentación del problema; además, a aprender todos sobre la re-victimización.; todo lo cual permitió modificar en el plano reflexivo-valorativo de los líderes su accionar ante el problema; facilitó negociar, diseñar, planificar y desarrollar posibles actuaciones dirigidas a: incrementar el apoyo social gubernamental, reducir la victimización secundaria y elevar el apoyo social en los ámbitos de la ICE, de la asistencia y la capacitación. Posibilitó la realización de investigaciones en los prestadores de salud, con especificidad en los educadores para la salud y en los especialistas de la Salud Mental y en los agentes comunitarios.

Más de la mitad de los actores sociales no experimenta la necesidad de recibir preparación para ofrecer la primera ayuda psicológica a las víctimas pertenecientes a su comunidad, a pesar de manifestar que el tema

debe estudiarse en la base, a través de folletos o plegables facilitados por la Federación de Mujeres Cubanas y los Comité de Defensa de la Revolución. Los resultados de esta tarea nos condujeron a:

Elaborar dos documentales de divulgación popular con el objetivo de informar a la población sobre la violencia como problema de salud, sus causas, consecuencias, los factores de riesgo que contribuyen a su presentación, los tipos de violencia y los lugares a donde acudir para recibir ayuda psicológica y legal. Coordinar con la Empresa de Cine, la presentación de un documental, en premier, en el Cine Luisa. Conciliar con la televisión local los espacios para presentar los documentales. Confeccionar y sociabilizar la Guía metodológica sobre la Primera Ayuda Psicológica a la mujer maltratada.

3.5.2. Resultados de los factores dependientes de los sistemas de servicios de salud

En relación con los recursos con que cuentan los servicios de salud, hay poca disponibilidad, accesibilidad, detección, diagnóstico precoz y baja calidad de la atención. No están creados servicios para asistir a las mujeres maltratadas, la asistencia médica se le brinda solo a las mujeres que piden ayuda en las consultas.

Las educadoras y los especialistas de la salud mental reconocen que las respuestas desde los sistemas de servicios de salud no son suficientes; son fragmentadas, puntuales, con escasos conocimientos sobre las características de la audiencia. Consideraron la prevención, como la vía más eficaz en la lucha contra la violencia y se muestran sensibilizadas, motivadas y comprometidas en realizar posibles acciones preventivas. El propio proceso grupal se convirtió en un instrumento de trabajo para esbozar varias vías de las principales directrices hacia las cuales accionar en los diferentes niveles de la prevención.

Aplicar el grupo nominal favoreció la priorización de las acciones obteniendo el primer lugar, la detección; en segundo la transversalización del tema en los programas priorizados en los departamentos de la salud mental y en tercer lugar contar con las guías metodológicas de un sistema de influencias psicológicas, que permitan el saber, el saber hacer y la homogenización de los criterios de actuación psicoterapéuticas.

En relación con la capacidad técnica: las educadoras para la salud y los consejeros de las enfermedades de transmisión sexual, reconocen que la violencia hacia la mujer es un problema de salud y es un factor intermedio para la presentación de otras dolencias, pero no lo relacionaban con otros problemas de salud, entre ellos las ETS, el bajo peso al nacer y las Enfermedades Crónicas.

No son suficientes los conocimientos sobre los factores influyentes y con una mirada especial acerca de la estratificación de los riesgos, los signos de alerta ante los homicidios intencionados, los factores influyentes personológicos de las víctimas y la re-victimización secundaria en los especialistas de la salud mental. También manifestaron insuficientes conocimientos, habilidades y destrezas para realizar modalidades de ayuda psicológica.

La reflexión colectiva les permitió aprender, a través de la cooperación y la complementariedad, conocimientos relacionados con el tema e ir descubriendo y elaborando un conjunto de acciones educativas sobre este acontecimiento, dirigido a las educadoras y promotoras. En los especialistas de la salud mental la confrontación de los conocimientos individuales les facilitó profundizar en sus propios conocimientos acerca de los factores influyentes, a nivel individual, de la mujer maltratada; con énfasis en los personológicos, en los proximales, con énfasis en la estructura de las familias; y en los comunitarios, en relación con los estereotipos de género, las imágenes y representaciones sobre la mujer que no rompe con el vínculo. Además proporcionó el aprendizaje sobre la estratificación de los riesgos, así como los signos de alerta ante los homicidios intencionados, la re-victimización secundaria y las intervenciones terapéuticas, con predominio en las esferas cognitivas y afectivas. Ese aprendizaje los colocó en mejores posiciones para llevar a cabo las actuaciones profesionales necesarias en el tratamiento del problema, aprender de las experiencias de los "otros" y promovió las vivencias, para de ahí diseñar las posibles alternativas de solución ante el problema.

Se puso de manifiesto la persistencia de estereotipos de género como creencias e imágenes devaluadas de las mujeres violentadas por su pareja que entorpecían el establecimiento de adecuadas relaciones prestador de los servicios y usuarias que en lo posible fueron modificadas con la aplicación de las técnicas de discusión. Existen necesidades de aprendizaje y de documentos que orienten el saber, el saber hacer y el cómo hacer. La bibliografía existente está envejecida, fragmentada y dispersa, con pocos autores nacionales. A partir de esta necesidad surgió la idea de confeccionar guías que satisfagan estas carencias de conocimientos en el manejo del tema.

Procesos, no está declarado un programa nacional ni estrategias locales sistemáticas e integrales dentro y fuera del sector que le dé respuesta a este problema de salud.

Emanaron del grupo focal, posibles estrategias de comunicación social en salud y las opiniones generales acerca del contenido de los mensajes fueron que deben, en un primer momento, dirigirse a la población en general, para sensibilizarla ante el fenómeno; en segundo lugar deben transmitir la relación de ese delito con la salud, y posteriormente, mensajes que aborden su génesis real, sus manifestaciones, sus factores de riesgo, su ciclo, sus trascendencias y las leyes que amparan a la mujer en nuestro país.

No existen mecanismos de coordinación intra ni extrasectorial para abordar el problema, se proponen realizar encuentros y talleres donde participen profesionales de otras disciplinas y de otras instituciones con el afán de articular actuaciones y establecer las coordinaciones con los medios masivos de difusión del territorio para sistematizar y/o asesorar la comunicación sobre el tema.

No se transversaliza el tema en los programas priorizados de la A.P.S. Las respuestas coincidieron en la posibilidad y factibilidad de transversalizar el tema en los programas priorizados que mejoren la cobertura de programas.

No se transfieren tecnologías de consejería y Primera Ayuda. El grupo focal propició el compromiso de transferir tecnología educativa, específicamente la Primera Ayuda y Consejería, una vez entrenadas en esas técnicas.

Se priorizaron en los departamentos de salud mental las acciones relacionadas con la detección de las víctimas, con el propósito de reducir la escalada del daño, evitando que el problema se haga habitual y en segundo lugar, la factibilidad de transversalizar el tema en los cinco programas priorizados en sus centros.

Este proceso de reflexión-acción, facilitó los esfuerzos para actuar sobre este problema de salud y promovió una posición eminentemente activa, de compromiso, para el hacer.

Esta tarea investigativa permitió establecer acciones en los ámbitos de la prevención primaria, secundaria, terciaria y la capacitación y programar un conjunto de actividades en los ámbitos de la asistencia, la capacitación y la información-comunicación social-educación.

3.6 Obtención del Modelo Multidimensional

El Modelo Multidimensional para el estudio de los factores influyentes de la violencia hacia la mujer en la relación de pareja es así denominado porque tiene en cuenta diferentes dimensiones de la realidad social y psicológica de las mujeres maltratadas por su pareja, en un momento y contexto determinados.

El Modelo Multidimensional concibe a la violencia como un fenómeno histórico-social-psicológico, determinado por las condiciones socio-económicas, por el carácter de las relaciones sociales, en su conjunto y, de manera imprescindible, por las particularidades psicológicas de ambos miembros de la relación. Esto permite aseverar que la violencia está asociada a factores a nivel general, particular y singular, cuya interrelación debe ser reconocida por las Ciencias de la Salud Pública para poder realizar actuaciones en los diferentes niveles de intervención.

Compartiendo el enfoque ecológico que agrupa una amplia gama de factores en cuatro niveles de análisis pero que no incorpora otros factores influyentes que a criterio de la autora son necesarios integrarlos para una mejor comprensión de este fenómeno, la autora retomó los factores dependientes de los servicios de salud y la concepción de la personalidad como instancia superior que regula y auto-regula el comportamiento y el papel transcendental que tiene lo histórico-social en el proceso de formación de la misma. El modelo multidimensional se estructuró en cuatro dimensiones: individual, relacional, comunitaria y sistemas de servicios de salud y aunque no se estudiaron factores referentes a la sociedad, se subraya en el condicionamiento de la violencia a la mujer por su pareja, que la formación socio-económica coloca su impronta en la ideología, en las formas de pensar y hacer de un territorio determinado, en los valores, las creencias, las representaciones sociales, integrantes de la producción de diferentes asimetrías que hacen posible la gestión de patrones de sociabilización y de formación de subjetividades.

Los contenidos agrupados a nivel individual fueron dimensión motivacional y recursos psicológicos. A nivel relacional se agruparon los antecedentes de violencia en la familia de origen, recepción del apoyo familiar, desempeño de los roles y acceso y control de los recursos. A nivel comunitario, la percepción, opiniones, argumentos y actuaciones. En los sistemas de servicios de salud se agruparon los recursos, la capacidad técnica, las relaciones y el proceso.

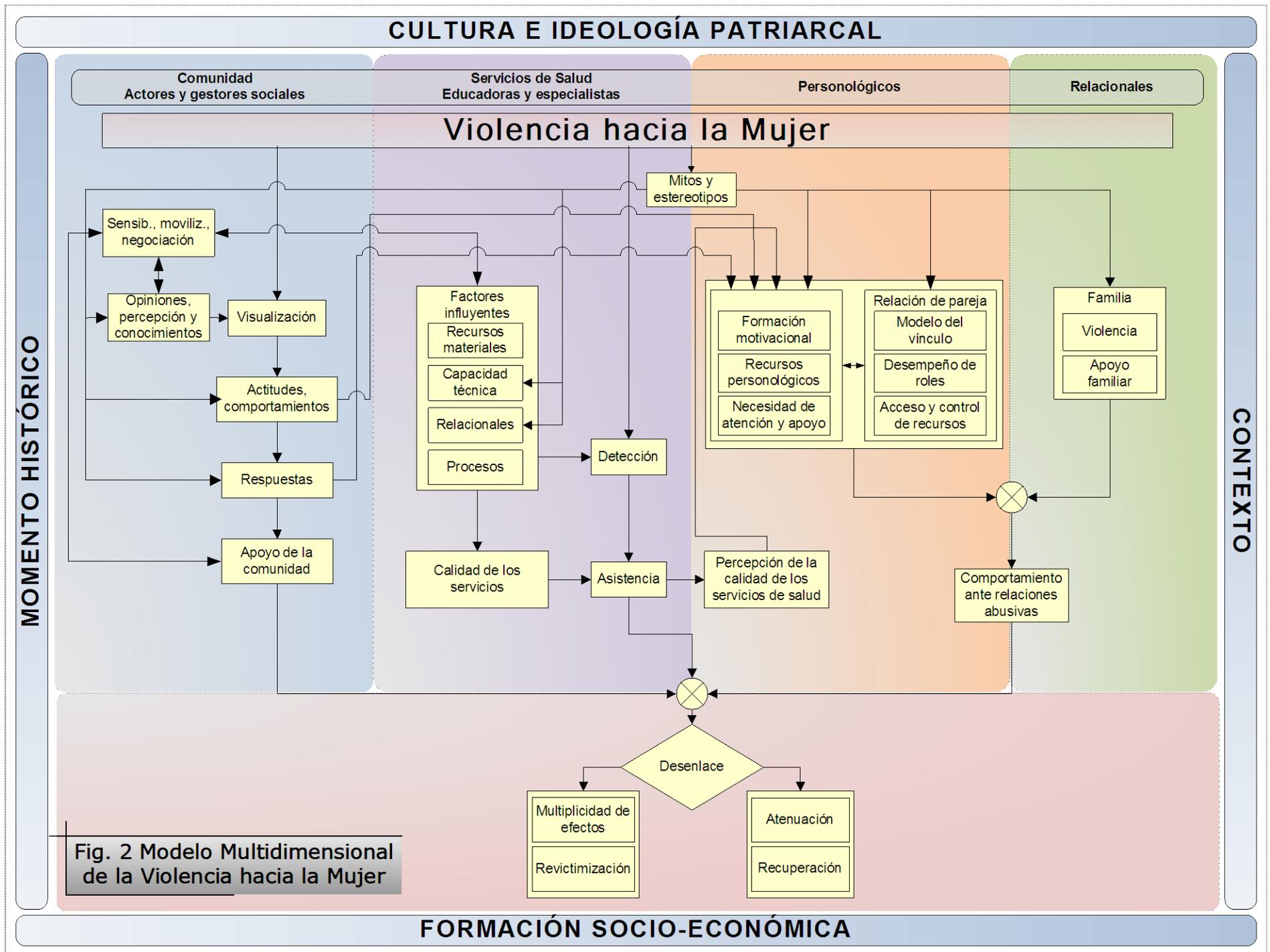


Fig. 2 Modelo Multidimensional de la Violencia hacia la Mujer

CULTURA E IDEOLOGÍA PATRIARCAL

Comunidad
Actores y gestores sociales

Servicios de Salud
Educadoras y especialistas

Personológicos

Relacionales

Violencia hacia la Mujer

Mitos y estereotipos

Sensib., moviliz.,
negociación

Opiniones,
percepción y
conocimientos

Visualización

Actitudes,
comportamientos

Respuestas

Apoyo de la
comunidad

Factores
influyentes
Recursos
materiales
Capacidad
técnica
Relacionales
Procesos

Detección

Calidad de los
servicios

Asistencia

Percepción de la
calidad de los
servicios de salud

Formación
motivacional
Recursos
personológicos
Necesidad de
atención y apoyo

Relación de pareja
Modelo del
vínculo
Desempeño de
roles
Acceso y control
de recursos

Familia
Violencia
Apoyo
familiar

Comportamiento
ante relaciones
abusivas

Desenlace

Multiplicidad de
efectos
Revictimización

Atenuación
Recuperación

FORMACIÓN SOCIO-ECONÓMICA

MOMENTO HISTÓRICO

CONTEXTO

3.7 Fase III de la IAP Diseño, Planificación e Implementación de las actuaciones.

A continuación se presenta, de forma resumida, el conjunto de actuaciones diseñadas e implementadas a partir de los resultados de la etapa III de la IAP.

Ámbito	Acciones	Indicador	Fecha	Cumplimiento
De la asistencia	Creación de equipos multidisciplinarios integrados por: instructores policiales, médicos legistas, psicólogos y fiscales.	Equipos creados y funcionando.	Enero 2007	Tarea cumplida en fecha.
	Generalización de las consultas multidisciplinaria a otros municipios de la Provincia.	Número de municipios incorporados.	Septiembre 2009	Cuatro municipios incorporados.
	Integración del tema de la violencia hacia la mujer a los programas priorizados de los Departamentos de Promoción y Educación para la Salud y de los Centros de Salud Mental Comunitarios.	Tema integrado a cinco programas priorizados.	Febrero 2007, permanente	Tema integrado a dos programas de EPS y dos programas de CSMC.
	Transferencia de la tecnología de 1ª. ayuda y los servicios de consejería para las I.T.S – VIH - Sida de la APS., a la violencia hacia la mujer.	Tecnología transferida.	Abril 2007	Tecnología transferida en 8 Áreas de Salud y en el Servicio de Ayuda Confidencial.
	Integración del tema en los grupos terapéuticos y de adicciones que se reúnen en los Centros de Salud Mental.	Tema integrado en los grupos terapéuticos.	Junio 2007, permanente	Ocho temas integrados en dos grupos.
	Trasladar la consulta de sanidad que se efectuaba en las dependencias de la Policía Nacional Revolucionaria al Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.	Trasladada la consulta de sanidad al Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.	Marzo 2007	Consulta trasladada.
	Elaboración y socialización de la Guía del Sistema de Influencias Psicológicas a la mujer maltratada.	Guía publicada y socializada.	Mayo 2009 y Octubre del 2009	Guía publicada en forma de e-book y compartida en Medi-Sur.
	Coordinación dentro del Sector de la Salud para remitirse entre sí los casos correspondientes a la consulta multidisciplinaria de sanidad y a los servicios de salud mental, según proceda.	Coordinación establecida y funcionando.	Julio 2007	Los casos se remiten de acuerdo con la coordinación efectuada.

Ámbito	Acciones	Indicador	Fecha	Cumplimiento
	Elaboración y socialización de la guía metodológica para ofrecer la Primera Ayuda Psicológica a la mujer abusada por su pareja.	Guía elaborada, publicada y divulgada.	Mayo 2008 y Octubre 2009	Guía publicada en forma de e-book y compartida en Medi-Sur.
	Casos atendidos	Número de casos y nivel de satisfacción	Enero 2007 – Julio 2010	Casos atendidos y nivel de satisfacción bueno alcanzado.
Dirigidas a la Capacitación	Entrenamiento de las consejeras de las áreas de salud en la modalidad de Consejería dirigida a las mujeres maltratadas por su pareja.	Número de consejeras entrenadas.	Marzo 2007	18 consejeras entrenadas.
	Entrenamiento de los especialistas en salud mental que participarán en la consulta multidisciplinaria de sanidad sobre el Sistema de Influencias Psicológicas.	Especialistas entrenados.	Julio 2009	Entrenadas 4 siquiátras y 5 sicólogas.
	Impartición de talleres dirigidos a los prestadores de los servicios de Salud Mental.	Talleres impartidos.	Mayo 2008 y Septiembre 2009	Dos talleres desarrollados
	Capacitación acerca del tema a instructores de la Policía, profesionales del derecho y comunicadores sociales.	Procesos de capacitación realizados.	Abril 2007 para la Policía, Marzo 2008 y enero 2009 para los Juristas. Marzo 2010 Com. Soc.	Tres procesos de capacitación realizados.
	Elaboración de la variante de la técnica de la Primera Ayuda dirigida a las mujeres violentadas, divulgarla en soporte electrónico y publicarla.	Variantes de la técnica de la Primera Ayuda y de la Consejería elaboradas.	Octubre 2007 Octubre 2009	Guía publicada en forma de libro digital y compartida en la Red de la Salud (2007) y MediSur (2009).
	Transmitir al resto de los miembros de los equipos de salud mental los conocimientos adquiridos con respecto a la detección de riesgos y su estratificación, a la victimización secundaria y las señales de alerta ante los homicidios intencionados.	Conocimientos socializados.	Agosto 2007	Se realizaron 8 talleres en CSMC.
Información-Comunicación social-Educación	Diseño de mensajes televisivos y radiales para sensibilizar y movilizar a la población sobre la apertura de los servicios de atención a la mujer violentada.	Mensajes confeccionados y transmitidos.	Febrero 2008	Creadas cuatro menciones en TV y dos radiales

Ámbito	Acciones	Indicador	Fecha	Cumplimiento
	Elaboración de una cartilla cuyo contenido abarque las leyes y regulaciones que protegen a la mujer violentada y a dónde dirigirse para recibir asesoría y atención y colocarla en los murales de los policlínicos del municipio.	Cartilla elaborada y colocada en los murales seleccionados.	Dic. 2006	Se colocó en 16 áreas de salud y en el Palacio de la Salud.
	Realización de programas radiales y televisivos acerca de las leyes y regulaciones que protegen a la mujer violentada en nuestro país.	Programas radiales y televisivos realizados.	Septiembre 2007 y Noviembre 2007	Se presentó en dos programas.
	Elaborar plegables cuyo contenido explique que la violencia es un problema de salud y cómo se enfrenta el problema desde lo constitucional y organizacional en la comunidad. En qué consiste el problema, sus manifestaciones y hacia dónde dirigirse para recibir asistencia.	Plegables elaborados.	Febrero 2007	Dos plegables elaborados (Palacio de la Salud y Fiscalía Prov.) y distribuidos.
	Participación de la autora en foros televisivos y radiales para tratar el tema de la violencia familiar.	Cantidad de programas televisivos y radiales en los cuales participó.	Desde Nov. 2006 a la fecha.	10 programas de TV y 2 programas radiales.
	Creación de un documental acerca de la creación de la consulta, lugares a dónde dirigirse para recibir ayuda y sobre el tema de la violencia de pareja. Elaboración de un video que relaciona a la violencia como un problema de salud. Se elaboró un video en la modalidad de testimonio sobre un caso real	Documental y videos realizados y presentados en diferentes instancias.	Junio 2007 Mayo 2008 Abril 2010	Visto por más de 1000 personas en 10 eventos internac. y nac. Mostrado 9 veces en TV provincial Festival de Telecentros 2010 (Premio Testimonios)
	Presentación de los resultados obtenidos en la consulta en eventos científicos en los que participen especialistas de diferentes disciplinas.	Resultados presentados en diferentes eventos.	2005 - 2009	Resultados presentados en 6 eventos científicos.

3.8 Resultados de la Fase IV de la IAP de los Servicios de Salud

Como resultado general, se elevó la voluntad política de los gestores de los servicios reflejados en la totalidad de las acciones preventivo-asistenciales que se implementaron desde la multisectorialidad, transdisciplinariedad y la participación comunitaria.

3.8.1. Dirigidos a la asistencia

Se realizaron evaluaciones de resultado, de proceso y formativas.

De resultado: Creación del servicio especializado para asistir a las mujeres que denuncian, generalización del servicio, mujeres asistidas y nivel de satisfacción de prestadores y usuarias.

De Proceso: La continuidad de la Disponibilidad, accesibilidad y atención oportuna a las mujeres que denuncian el delito, la transferencia de tecnología y la cobertura de los programas.

Formativa: Preparación de los prestadores de los departamentos de EPLS y los de los CSMC para realizar actuaciones dirigidas a la prevención y la asistencia.

Indicador de Recurso: La disponibilidad, accesibilidad, lugar, condiciones y la calidad de la atención.

El nivel de satisfacción por parte de los prestadores del servicio fue bueno. En entrevistas realizadas a instructores policiales, a médicos legistas y a la fiscal, sobre la atención prestada, los instructores policiales expresaron que es muy bueno poder profundizar en el conocimiento de los casos y recibir asesoramiento acerca de cómo manejarlos. Varios manifestaron: *“qué después de ser vistas por la psicóloga y la fiscal, ha disminuido el retiro de la denuncia y el regreso a la relación, lo que las protege de ser de nuevo maltratadas”*. De los 8 médicos legistas, dos todavía no consideran beneficiosa la atención integral a las víctimas. La fiscal evalúa de excelente el servicio. La totalidad de las 84 mujeres asistidas en el año 2007-2008 la valoraron de muy buena, tal como se constató en la filmación de los testimonios de las usuarias, presentados en el documental. Recibir una asistencia no prevista fue interpretado como un valor agregado a la calidad de la atención e interpretado como *“que de ellas, alguien se está ocupando”*, de que su problema es importante, porque se creó un servicio para acompañarlas, ayudarlas y protegerlas.

Consideramos importante mencionar que un solo caso de las víctimas atendidas en el período analizado reincidió en la relación abusiva, lo que nos permite pensar que en 83 mujeres ha disminuido la convivencia con relaciones abusivas, la cronificación y la escalada del daño. Además, de los victimarios que fueron entrevista-

dos por la fiscal, ninguno reincidió en el delito, lo que, en conjunto con la aplicación del sistema de influencia psicológica, mejoraron los estados emocionales negativos, las reacciones emocionales de terror, pánico y el miedo en las demandantes. Estos resultados se constatan en los testimonios de las usuarias que se presentan en el documental, así como la percepción, los conocimientos, las valoraciones y juicios que sobre el problema tenían.

En un segundo momento, en el año 2009 se reevaluó el nivel de satisfacción sobre la atención recibida, De un total de 74 mujeres atendidas fueron encuestadas 30 mujeres las cuales valoraron los indicadores relacionados con: la calidad de la capacidad técnica, los cambios a nivel reflexivo-valorativo del evento, la mejoría de sus afectos emergentes negativos y la estructura del servicio, de excelentes, y de regular la organización del servicio, porque no comienza a la hora señalada debido a la llegada tarde de los instructores policiales y la atención de los instructores policiales.

Lugar y Condiciones; la aprobación por las instancias pertinentes del traslado de la consulta de sanidad, que se realizaba en los locales de la Policía Nacional Revolucionaria, hacia un local neutral que contara con la estructura adecuada y facilitara un adecuado proceso en la atención de los casos. Además, se integraron a la consulta especialistas de otras disciplinas.

Después de tres años de creada la consulta multidisciplinaria, la casi totalidad de los casos atendidos son mujeres que acuden por lesiones, pocas han acudido por ellas mismas y/o remitidas por las áreas de salud. A pesar de la insistencia con los instructores policiales para que remitan los casos que denuncian otros delitos de violencia, no hemos tenido la respuesta deseada, quizás este comportamiento ha estado relacionado con la poca estabilidad de los instructores policiales en la consulta.

Indicador Capacidad Técnica; Se evaluó el cambio sobre los conocimientos y el manejo de la atención a las víctimas a través del análisis de las temáticas discutidas en los grupos focal y nominal, lo que permitió evaluar los cambios a nivel cognitivo en las características de la población a atender, el perfil de la morbi-mortalidad, los factores de riesgos individuales, los propios de los servicios (re-victimización secundaria), los relacionados con los homicidios intencionados, y las habilidades y valores para realizar las actividades preventivas-asistenciales-recuperativas.

Referente también a la capacidad técnica la elaboración y sociabilización de materiales bibliográficos contribuyeron a mejorar la asistencia psicológica a las mujeres abusadas por su pareja. La calidad de la Guía para la Primera Ayuda Psicológica, la Consejería e Influencia Psicológica fue valorada positivamente por el juez experto y por los prestadores de los servicios.

Indicador Relaciones: también se valoró a través de la aplicación de las técnicas de discusión grupal, que arrojaron cambios en la imagen devaluada de las mujeres maltratadas así como la desmitificación de estereotipos de género que obstaculizaban establecer adecuadas relaciones entre las mujeres maltratadas y los prestadores de los servicios.

Indicador Proceso; la Cobertura por Programas. De los cinco programas previstos en cada uno de los departamentos de la EPLS y de los CSMC, la atención a las víctimas de violencia fue incorporada solamente a dos programas en cada departamento. En la APS se incorporó en los programas Materno Infantil y en el programa de prevención de la ITS. Y en los CSMC, en el programa de reducción del intento suicida y el de Adicciones, identificando los casos de riesgos e impartiendo dos temas en los grupos de Ayuda Mutua y de Adicciones. Se transfirieron las tecnologías de Primera Ayuda y Consejería de la ETS en las áreas de salud.

Se extendieron los mecanismos de coordinación en los departamentos de EPLS con predominio en las escuelas, en la FMC y en los medios de Comunicación Social. Según trasciende en el informe de los prestadores del departamento de EPLS, en Julio y Septiembre de 2009, a los coordinadores de los CSMC.

3.8.2. Dirigidos a la información-comunicación-educación

El cumplimiento de la elaboración y sociabilización de mensajes que respondan a las necesidades de la población objetivo, a través de videos, plegables, cuartillas, folletos, cintillas radiales y asesoramiento en espacios de la televisión local, fue evaluado a través de la evaluación del proceso y de resultado, que arrojó que se cumplió cada actividad según lo planificado y la entrega de los materiales educativos.

3.8.3. En la capacitación

En la capacitación, el cumplimiento fue medido por evaluación formativa, de proceso, actividades planificadas y actividades realizadas.

Evaluación de las respuestas intersectoriales

Se incrementó la voluntad política de los gestores sociales, expresada en la articulación de las actuaciones con sistematicidad y en el cumplimiento de las acciones concertadas en los grupos de discusión.

El apoyo de los medios masivos de comunicación fue evaluado el proceso, a partir del cumplimiento de las fechas en que los mensajes debían diseñarse y transmitirse. No se pudo medir la calidad de los mensajes por no contar la provincia con departamentos para valorarla. Vale señalar que el documental "Con el rostro oculto", ha obtenido premios y reconocimientos al ser presentado en eventos de la comunicación y de la Fiscalía Nacional de la República de Cuba. El testimonio ofrecido por un caso atendido en la consulta, " Con las Alas Cortadas" él cual obtuvo el premio en la categoría de Testimonio, en el Festival Nacional de los Telecentros. Se contó con el apoyo de la Fiscalía Nacional de la República con la participación en la consulta de una fiscal. Se elaboró una cuartilla que fue colocada en los policlínicos del municipio Cienfuegos en la fecha prevista con los artículos legales que protegen a la mujer maltratada.

Se escribió un folleto que fue entregado al fondo bibliográfico del Centro Provincial de Promoción y Educación para la Salud.

La autora asistió a programas radiales y televisivos con el fin informar a la población.

Fueron convocados, coordinados y cumplidos encuentros con diferentes sectores, entre ellos, juristas, pedagogos, economistas, comunicadores y artistas lo que ha favorecido la sensibilización, capacitación, movilización e integración de las personas a la lucha contra el flagelo.

Fueron valorados de "Bien", la continuidad del aprendizaje de todos, la creatividad de las actuaciones y la sistematicidad e integralidad de las acciones dirigidas a la información-comunicación-educación por los diferentes medios masivos locales y los propios del sector salud.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis y discusión de los factores socio-demográficos, relacionales e individuales

Los datos obtenidos en las distintas investigaciones permitieron una aproximación al conocimiento de los factores que influyen en la presentación de la violencia de pareja en nuestro contexto. Ese conocimiento es un elemento cardinal a la hora de emprender acciones para enfrentar a este flagelo en nuestra comunidad.

El análisis de los resultados se presentará según el cronograma seguido en el estudio, por lo que la presentación se inicia por los factores individuales.

Al estudiar las víctimas de la violencia conyugal constatamos que las mujeres que se encuentran en esta situación pertenecen, generalmente, a las *edades* correspondientes a la juventud y adultez temprana, lo que coincide con los resultados encontrados por otros autores nacionales e internacionales (31, 32, 33, 139, 140, 141). También se pudo comprobar que las víctimas que denuncian el delito se encuentran en edades más tempranas que las que no lo denuncian. De ello inferimos que los resultados que diferencian a estos grupos de edades se derivan de la interacción dialéctica entre los patrones sociológicos, los psicológicos y los propios de la relación.

Sobre los patrones sociológicos actúa el contexto socio-histórico que les tocó vivir a las víctimas. Aquellas que nacieron en la década de los años 60, transitaron por transformaciones producidas en el orden sociocultural y científico-técnico que, de modo muy particular, ejercieron su impacto en las representaciones sociales referidas al tipo de modelo en la configuración del vínculo, en la libertad individual y en los valores relacionados con la tipificación del vínculo, a su duración y al momento interactivo que se enfrenta.

En los patrones relacionales las transformaciones ocurridas en los valores, los atributos, las jerarquías y las desigualdades en el control de los recursos, en íntimo inter-vínculo con la ideología imperante, impactan en los modos de funcionamiento de los vínculos, en los ideales y las expectativas de la pareja; en las formas de relacionarse y de resolver los conflictos.

Los patrones psicológicos están relacionados con las características del desarrollo evolutivo de la personalidad, la historia de vida, las valoraciones reflexivo-afectivas y la subjetividad en temporalidad.

Otros autores relacionan la edad con ciclo de la violencia, con la frecuencia de los actos y con el tiempo transcurrido bajo relaciones abusivas ^(2, 141, 142). El 52% de las mujeres atendidas en la consulta multidisciplinaria que denunciaron el delito convivieron bajo relaciones abusivas por 10 años o más y pertenecían al grupo de edades de 30 a 35 años. Todas se encontraban en la 2ª fase del ciclo de la violencia (acumulación de las tensiones) y el delito se repetía alrededor de 6 veces en los últimos 6 meses. Con respecto al momento interactivo, los datos encontrados en la consulta reflejan que solamente se denuncia el delito, inmediatamente después de ocurrir, en un 32% de los casos, transcurrido algún tiempo, en un 13% y el maltrato evolutivo, en un 55% de los casos, lo que pudiera estar relacionado también con la edad en que se decide dejar de tolerar el abuso.

Al parecer, la distribución del *color de la piel* de las mujeres no fue un factor asociado a la violencia de pareja, pues la proporción encontrada se correspondió con la existente en la población del municipio; cabe mencionar que en las mujeres lesionadas denunciadas predominó la raza negra.

Uno de los factores más estudiados ante este evento es el relacionado con *el nivel educacional*, pues ha sido considerado como un factor de riesgo. Sin embargo, dados los niveles alcanzados en la esfera educacional en nuestro país, el estudio no detectó relación entre el nivel educacional de las víctimas y la violencia de pareja ⁽¹⁴³⁾. Vale señalar que las mujeres que no tienen pareja abusadora, presentaron las proporciones más altas del nivel escolar superior. En otros estudios realizados en el país se han encontrado diferencias ⁽³¹⁾, no así en estudios realizados por la autora ⁽¹⁴⁴⁾, ni en estudios realizados internacionalmente. ⁽¹⁴⁵⁾.

Estos datos nos permiten opinar que, más que el nivel de instrucción alcanzado, son los contenidos psicológicos derivados de la concepción del mundo los que más se relacionan con la decisión de continuar o no con la relación. Estos contenidos se expresan en la ideología amorosa, los ideales y expectativas, en función del sistema de necesidades del sujeto. Se relacionan con la regulación del comportamiento hacia la vida de pareja. Esos contenidos de la concepción del mundo están en íntima relación con diversas formaciones psicológi-

cas cuyos contenidos y mecanismos se articulan de modo configuracional, para expresarse como un todo en la regulación personalógica con la pareja.

Entre las víctimas que acusaron se encontró una mayor proporción de mujeres con *creencias religiosas*, sin tener en cuenta la denominación religiosa que profesaban, ni la práctica de la misma. Esta variable no ha sido investigada por otros autores.

Se comprobó la asociación entre los *antecedentes de hogares sísmicos* y la reedición de patrones de comportamiento violentos en la relación de pareja. Las mujeres que denuncian y las que no reciben violencia mostraron frecuencias similares en la variable “no haber recibido violencia física y psicológica en la niñez”, lo que puede estar asociado con que, al no ser víctima de violencia en edades tempranas, cuando ocurre con su pareja la tolerancia es menor y se rompe con este tipo de vínculo opresor, no así las víctimas que no acusaron, las que sí fueron maltratadas. La violencia económica estuvo presente en ambos grupos, también en un mayor porcentaje entre las mujeres que no acusaron.

Investigaciones realizadas por la UNICEF, en 1998, en Argentina ⁽¹⁴⁰⁾, en México y Puerto Rico ^(110, 146, 147, 148) y Hotaling y Sugarman, en 52 estados de los Estados Unidos, encontraron que el único marcador de riesgo para la violencia era ser víctima de violencia en la infancia ⁽¹⁴⁹⁾.

Investigaciones realizadas en Ciudad de la Habana, Camagüey y Ciego de Ávila, por el departamento de Investigaciones Criminológicas del Ministerio del Interior, en 1994 encontraron que la circunstancia de vivir antecedentes de violencia propiciaba el comportamiento violento ⁽¹⁵⁰⁾.

Otros trabajos investigativos llevados a cabo por la autora han encontrado la asociación con esta variable. Los datos reflejaron que no haber presenciado o recibido violencia en su niñez se comportó como factor protector, con un OR = 0.14, para no permitir que su conyugue le infrinja violencia. Haber sostenido relaciones de violencia psicológica con personas significativas, contribuye en tres veces la probabilidad de reeditar pautas de comportamiento en su interacción de pareja y al sentido psicológico que se le atribuye en función de sus planes y proyectos futuros a lo actual y a lo ulterior de la relación ⁽¹⁵¹⁾.

El haber sido sujetos maltratados en su infancia, posibilita comprender que los sujetos poseen una síntesis personalógica derivada de su historia de interrelaciones, aunque nunca idéntica a su historia.

Estas mujeres que fueron maltratadas en edades tempranas de la vida y que siguen recibiendo violencia por el cónyuge son más propensas a utilizar estilos educativos agresivos con sus descendientes. La literatura señala que estos niños están cinco veces más expuestos a los trastornos emocionales, de conducta, abandono escolar, bajo rendimiento académico, trastornos de relación con sus iguales, altos niveles de depresión y ansiedad, sentimientos bajos de autoestima y establecen conductas adictivas y riesgosas a menor edad ^(65, 66, 152, 153). En el municipio Cienfuegos, los delitos denunciados ocurrieron, en el 90% de los casos, dentro del domicilio de las víctimas. Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios ^(154, 155).

Con respecto al *apoyo familiar*, se apreció en este estudio que las mujeres que no cambiaron su situación de vida estuvieron en posición de desventaja, puesto que su familia no les proporcionaba ayuda tangible, ni contaron con sustento afectivo, informativo o motivacional. Lo que permite inferir que percibir apoyo familiar favorece el no continuar con relaciones abusivas por la pareja.

En cuanto al *estado conyugal*, la inestabilidad de la pareja posiblemente explique por qué la unión consensual predominó, tanto en el grupo de mujeres que acusan como en las que no. A esto se añadió que hubo una mayor proporción de mujeres casadas en el último grupo y todas las divorciadas y separadas estaban entre las que denunciaron el delito.

En relación con el *rol que desempeñan*, las mujeres que convivían con el maltrato, es decir, que no acusaron, desempeñaban el rol reproductivo, en la mayoría de los casos, lo que nos permite inferir, que la interpretación que hacen ellas de cuál es su papel en la esfera familiar y la valoración del lugar que ocupa en su relación de pareja, se asocia a la actitud u orientación valorativa hacia su condición, más centradas en el mantenimiento del hogar a ultranza, sin reparar en el deterioro del vínculo, alejándose de otras metas que no están dentro del ámbito familiar.

Estudios realizados en Estados Unidos afirman que, cuando en una familia imperan los roles tradicionales de género, estos constituyen la causa principal para que la aparición de la violencia ⁽¹⁵⁶⁾, y nosotros agregaríamos: *“y para no romper con ella”*, por su carácter normativo/valorativo, puesto que los roles de género se integran en la configuración personalógica como totalidad, por lo que forman parte de la orientación integral de los sujetos a partir de su de relación con la identidad de género y con la personalidad en su totalidad ⁽¹⁵⁷⁾. El

desempeño de los roles es un fenómeno psicológico que expresa la forma particular, propia de cada persona de interpretar y re-significar los patrones sociales ⁽¹⁵⁸⁾.

Las mujeres que no continuaron bajo relaciones de pareja abusivas, es decir, que acusaron, desempeñaban con mayor frecuencia el rol de gestión comunitaria. Al parecer encontraron, por parte de su comunidad, aceptación y comprensión. Estas vivencias positivas, generaron, una mayor involucración afectiva hacia los miembros de su comunidad, un sentido de pertenencia hacia su barrio y un comprometimiento participativo en las actividades encaminadas al mejoramiento de su contexto social inmediato. No ocurrió así entre las mujeres que conviven con la violencia.

Con respecto al *acceso y control de los recursos*, las mujeres que no acusaron recibían más ganancias económicas que las del grupo que acusaron, predominando entre las primeras el trabajo por cuenta propia, realizado dentro del hogar. Este resultado apunta a que el rompimiento del compromiso amoroso no está vinculado con la independencia económica, sino más bien a una trama dinámica, una interrelación que responde más a lo intersubjetivo de los sujetos en la relación. Las mujeres no maltratadas exhiben mayores proporciones en el desempeño del rol reproductivo/productivo, lo que evidencia que las actividades que son consideradas como reproductivas, pero cuya realización garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo, generan valor y, por lo tanto, son productivas, lo que redimensiona el significado de los roles reproductivos. Ello significa también la reevaluación de un trabajo que es fundamentalmente femenino ⁽¹⁵⁹⁾.

Algunos estudiosos del tema de España, Estados Unidos, Brasil y Ecuador sostienen que el mayor peso en el surgimiento de la violencia de pareja lo tiene la inequidad, la desigualdad del control y las asimetrías de poder. Describen que la carencia de control produce una relación de subordinación y de dependencia, propiciando la limitación de su seguridad respecto al futuro y de sensación de incapacidad para cambiar las circunstancias adversas ^(10, 152, 160, 161, 162, 163, 164). Sin embargo, en este estudio se encontró que las mujeres que recibían violencia y las que negaron recibirla, no tenían el control del recurso material en iguales proporciones. Esto permite opinar que la decisión de continuar soportando o no con la violencia de pareja no está determinada linealmente ni directamente por el control del recurso, sino que este es mediatizado por sus condiciones internas, a través de sus necesidades, motivos y aspiraciones, en consonancia con sus recursos psicológicos.

Es de destacar el hecho de que las mujeres maltratadas, aunque hubieran roto con el maltrato, no se consideraron con la posibilidad de asumir cargos políticos, lo que habla de la repercusión que en ellas ha tenido el mantener relaciones agresivas, el haber vivido bajo la égida de la subordinación, lo que ha implicado, al parecer, un empobrecimiento de su autoeficacia, autodeterminación, coherencia personal, dignidad y valía personal, que las hace sentirse no merecedoras e incapaces de ocupar cargos de dirección.

La valoración por parte de las mujeres maltratadas de que no pueden controlar el recurso informativo/educacional también afectó la participación activa transformadora de ellas en la resolución del conflicto y en su ajuste. Estos resultados permitieron determinar las áreas fundamentales hacia las cuales se debían dirigir los espacios de comunicación social e interpersonal con el propósito de elevar el control de este recurso de modo que se satisficieran estas necesidades sentidas, lo que propiciaría, el empoderamiento de las mujeres, en pro de desarrollar y/o fortalecer sus recursos internos para habilitarlas en el enfrentamiento a la situación a la que son o han sido sometidas.

La baja *autoestima* fue una característica frecuente de las mujeres que mantuvieron relaciones de parejas abusivas. Existe consenso en que las mujeres maltratadas presentan baja autoestima ⁽¹⁶⁵⁾.

Nathatel Brandim, refiere que *“estas mujeres responden a los desafíos y tareas de la vida con sentimientos de incapacidad y desmerecimiento, que actúan a partir del miedo y soportan el desprecio”* ⁽¹⁶⁵⁾. Por su parte, Rocío Toledo manifiesta que las mujeres con baja autoestima admiten los rechazos, las críticas, no se atreven a reclamar lo suyo, sienten culpas irracionales y son incapaces de afrontar los problemas ⁽¹⁶⁶⁾.

Jaramillo cita entre los factores que protegen a la mujer del maltrato, la habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, la capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa y contar con recursos espirituales ^(117, 66). Por su parte, Echeburría acota que entre las características de la personalidad que favorecen a que la mujer reciba maltrato se encuentra la autoestima baja ⁽¹⁶⁷⁾.

Llamó la atención la elevada frecuencia con que las mujeres maltratadas que no acusaron presentaron una *autovaloración* mal estructurada, con predominio de la autovaloración por defecto, lo que no ocurrió así en los otros dos grupos estudiados ⁽¹⁶⁸⁾.

El hecho de haber constatado una mayor frecuencia de la tristeza, se considera relacionado con la autovaloración por defecto en su conjunto, porque de ella se derivan efectos intrapersonales negativos, como la infelicidad, el miedo y efectos interpersonales de hostilidad, desconfianza y resentimiento.

Se comprobó también la no correspondencia entre el nivel de aspiraciones personales y el nivel de realización e incongruencias entre la autoimagen y la imagen ideal, reflejados en los indicadores que hacen referencia a las valoraciones y vivencias sobre sí mismas, entre ellas: la autoconfianza, el carácter, la belleza y el optimismo. Estos resultados propician la inseguridad en la toma de decisiones, en el pronóstico subjetivo de sus fracasos y en la planificación de su vida futura.

Las valoraciones que realizaron las mujeres del grupo que no acusó, se redujeron a la enumeración y descripción de algunas cualidades vinculadas con su situación de vida, sin un análisis ni elaboración personal en los contenidos de las mismas, ni en las causas originales, con insuficiente mediatización reflexiva y flexibilidad, lo que posiblemente las induce a la no reorientación de su condición de mujer conviviente con el agresor. La pobreza de contenidos valorativos/reflexivos en ellas, expresada en un limitado espectro motivacional y de necesidades, constituyó en sí misma un recurso limitado para romper con la relación abusiva. Mencionaron, sin absoluta seguridad, las causas relacionadas a su conflicto de vida, expresaron con restricciones las explicaciones de lo que les ocurre, el porqué les ocurre y la parte que les corresponde a ellas del evento. Este grupo tampoco manifestó estrategias de consecución para modificar la situación, más bien siguen aferradas a continuar con ese mismo tipo de vínculo, más apegadas a lo rutinario, sin reestructurar su vida presente ni proyección futura de cambio. El predominio de la inmediatez se evidencia en la incapacidad que decían poseer para romper con la relación.

En las mujeres que rompieron con el vínculo abusivo se apreciaron cambios en la confianza en sí mismas, en el carácter activo, intencional y propositivo asumido por ellas ante la situación, en su eficiencia motivacional, en su autodeterminación y autorregulación efectiva, además en indicadores funcionales, expresados en una mayor capacidad para reestructurar su vida presente y proyección futura, así como para explicar lo que les ocurrió, el porqué les ocurrió, lo que les afectó y las alternativas de decisiones tomadas para romper con el vínculo de pareja.

El funcionamiento que se deriva de la subvaloración es de poca seguridad, desconfianza, dependencia e incapacidad para imponerse y legitimar sus propias necesidades.

La autovaloración mal estructurada erigida en una autoestima dañada y poco flexible favoreció la presencia de estados emocionales negativos de angustia y una autoimagen, auto comprensión y auto concepto desfavorables, que en su articulación, las tornaron más dependientes a las influencias externas, menos auténticas y menos participativas en tomar decisiones valideras con respecto a su convivencia con el maltrato y más cercanas a regular la situación con inmediatez reguladora en temporalidad.

Frustración. En todas las esferas de esta categoría se revelaron diferencias entre los tres grupos estudiados, siendo más significativas en la esfera personal, la familiar y la amorosa. Fueron importantes las diferencias halladas en la esfera de relaciones sociales, en la material y en la laboral, no así en la educacional.

La esfera personal fue la que se presentó más desfavorablemente: “ha llegado a ser menos de lo que se había propuesto ser”; “no piensa que ha alcanzado el nivel de vida que aspiró”; “piensa que es una persona incapaz de hacer la mayoría de las cosas bien”; “le resulta difícil empezar a hacer cualquier cosa”; “la vida ha sido muy dura con ella”, “el futuro le parece sin esperanza”; “se ha sentido satisfecha pocas veces en lo que hace”. Cuando tiene determinado propósito y fracasa, abandona su empeño. Son mujeres que se muestran poco dichosas, abochornadas, tensas, irritables, preocupadas, aturdidas, cansadas, melancólicas y débiles.

En cuanto a la esfera familiar: reconocen tener constantemente problemas familiares que les afectan, que “la mayoría de los hogares son más felices que el suyo” y “con frecuencia siente deseos de abandonar el hogar aunque otros factores se lo impiden”.

En la esfera amorosa “no piensan haber triunfado en el amor”, “ante los fracasos amorosos se ha sentido incapaz de comenzar de nuevo”, “piensan que nunca podrá mantener las relaciones amorosas que desea” y “no se siente plenamente satisfecha con su vida sexual”.

Un estudio llevado a cabo en Yugoslavia mostró que el 50% de las mujeres maltratadas estaban frustradas ⁽¹⁶⁹⁾ e investigaciones efectuadas en 10 países de América Latina mostraron la presencia de sentimientos de frustración en las maltratadas. Por su parte Calhoun identificó la frustración como factor de riesgo para la violencia ⁽¹⁷⁰⁾. Otros estudios realizados por la autora arrojaron que la ocurrencia de la frustración en la esfera

familiar es casi 17 veces más probable en las mujeres violentadas y casi 14 veces más en la esfera amorosa que las mujeres que no tienen esa situación ⁽¹⁵¹⁾.

Estas frustraciones, en casi todas las esferas de la vida, no sólo se derivan de obstáculos externos, sino de obstáculos internos. En la medida en que sus configuraciones psicológicas e indicadores de funcionamiento y regulación del comportamiento colocan su impronta en sus sentidos psicológicos ante la vida.

La presencia de todas estas insatisfacciones disminuye su nivel de aspiraciones, reduce la autorrealización y la autoconfianza. Se acrecientan la angustia y las emociones negativas de emergencia (tristeza, ira, temor) propiciadas por estrategias pasivas como la evitación y la resignación y se elevan los niveles de estrés. Disminuye su desarrollo humano y su bienestar psicológico ⁽¹⁷¹⁾.

Las *cualidades volitivas* de las mujeres maltratadas que no acusaron, se diferenciaron del resto de los grupos, sobre todo en las manifestaciones de la inconstancia y no autodominio. El reconocimiento por parte de ellas de valorarse como inconsistentes, habla de que realizaron esfuerzos pocos sistemáticos y usaron alternativas de enfrentamiento menos flexibles y eficaces para avanzar en la resolutividad de su situación de vida. El percibirse como no autónomas, se reflejó en su empobrecida capacidad para elegir, para tomar decisiones, para acompañarse de criterios propios, decir sí o no, autoafirmar y comportarse voluntariamente.

También otros investigadores han referido que las mujeres maltratadas son dependientes ^(98, 172), o indecisas ⁽¹⁷³⁾, pero no se encontraron referencias bibliográficas de estudios realizados sobre las cuatro cualidades volitivas-intencionales, al parecer por las posiciones o enfoques teóricos sobre la personalidad en la cual se sustentan.

Por otra parte, las mujeres que no recibieron violencia de pareja se caracterizaron por presentar, con mayor frecuencia, cualidades volitivas de perseverancia, autodominio, firmeza e independencia que, al parecer, se comportan como factores protectores contra la violencia de pareja. En otras investigaciones llevadas a cabo por la autora, se constató que las mujeres que presentaron cualidades de dependencia y pobre autodominio, tuvieron tres veces más probabilidades de ser víctimas de violencia, expresarse como indecisa en dos veces y la perseverancia en una vez ⁽¹⁵¹⁾.

El *apoyo* gubernamental, aunque percibido como muy bajo en los grupos estudiados, fue percibido aún menos en las mujeres que denunciaron, las cuales ya habían acudido a diferentes sectores en busca de ayuda para resolver su situación.

Estudios realizados por Lederman y Loayza, en 2001 ⁽¹⁷³⁾, sobre los factores sociales de la violencia a escala mundial en 45 países, encontraron que el apoyo social es un factor protector contra la violencia doméstica. Igualmente, autores cubanos consideran también que la falta de apoyo social es un factor de riesgo psicosocial, en la presentación de la violencia conyugal ^(174, 175).

La O.M.S., en el año 2003, definió entre los factores sociales de salud, el apoyo social, resaltando su función como factor protector, el cual reporta beneficios para paliar los impactos de alta significación personal ⁽¹⁷⁶⁾.

La no percepción y recepción del apoyo social entorpecen el afrontamiento a los problemas y a la orientación dirigida a solucionar su situación de vida. El apoyo social facilita la presentación de modos de enfrentamiento dirigidos al problema y al sentimiento de control sobre sus vidas. No percibir que se puede acceder a esta ayuda, se relaciona con los recursos subjetivos, ya que éstos mediatizan la realidad. Los recursos personológicos valoran las posibilidades de ayuda, reflexionan sobre las fortalezas externas existentes que le permitan a la mujer seleccionar, adoptar posiciones y tomar decisiones sobre el conflicto ⁽¹⁷⁶⁾. Además, es vital valorar el contexto, para determinar los factores externos obstaculizadores que entorpecen el cambio hacia una mejor situación de vida.

Los resultados demostraron grandes diferencias entre los grupos de mujeres que habían sufrido el maltrato o aún lo sufrían y las que negaban haberlo sufrido, en relación al *locus interno de controlabilidad*. El locus de control interno fue superior en los controles.

Los ítems del cuestionario que tuvieron respuestas más frecuentes en los grupos de los casos, fueron: "Muchas cosas malas que le pasan a la gente se deben a la mala suerte", "A menudo me he encontrado que lo que va a pasar, pasa", "No siempre es prudente planear, porque muchas cosas salen mal o bien según la suerte", "La mayoría de la gente no se da cuenta del punto hasta el cual sus vidas resultan controladas por acontecimientos accidentales", "Muchas veces me parece que tengo poco influencia en lo que me pasa", "A veces me siento como si no tuviera suficiente control en cuanto al rumbo que está tomando mi vida".

Las atribuciones externas como determinantes causales de los eventos se comportan como elemento crucial sobre sus expectativas de falta de control y de indefensión, entorpeciendo el carácter activo/transformador en este grupo de mujeres, lo que restringe su participación, su autodeterminación y auto eficacia en las estrategias de enfrentamiento ante el acontecimiento y en la toma de decisiones.

Gulota señaló, en 1981, que si la mujer asume el papel de víctima, renuncia a hacerse responsable en su participación en el funcionamiento del vínculo, responsabilizando a otros sobre sus decisiones y sobre su futuro, lo que favorece su incapacidad para alejarse de la relación violenta ⁽¹⁷⁷⁾. Por su parte, Andrades acota que el éxito atribuido a las causas internas (personales) en la relación de pareja incrementa las expectativas en el buen funcionamiento de la relación. Por el contrario, cuando se atribuyen a razones externas se afectan las expectativas referentes al funcionamiento del mismo ⁽¹⁷⁸⁾. Finalmente M.C. Claramunt afirma que el principal recurso interno que debe acompañar a las mujeres para no ser víctimas de violencia de pareja es el tener la creencia de que "mis resultados son productos de mis acciones", lo que favorece la confianza en sí, la autodeterminación y la auto eficacia ⁽¹⁷⁹⁾.

El acompañamiento de cualidades volitivas de independencia y autodomio propicia un mayor grado de control interno en las mujeres del grupo de los controles. Su adecuación en el nivel de aspiraciones, el sentido personal que le otorgan a esta relación de intimidad psicológica, sus expectativas sobre la calidad en la configuración del vínculo y su autodeterminación.

En relación con los *modos de enfrentamiento*, también se comprobaron diferencias altamente significativas. Así, el estilo de huida-avoidancia se presentó con franco predominio en los grupos de los casos y el de reevaluación positiva predominó en los controles, aunque en este grupo fue frecuente el de autodomio. Los resultados de otras investigaciones, llevadas a cabo en Colombia y Puerto Rico ^(180, 181), coincidieron con los nuestros.

La huida-avoidancia, es un afrontamiento de tipo interno, que se caracteriza por intentos de minimizar y evadir el evento, centrado en la regulación del impacto emocional que provoca. Es un proceso paralizante generado por el miedo, el temor y por la percepción de una ausencia de vías de escape. Este modo se caracteriza por el manejo estereotipado, poco flexible, inmediato y pasivo-reproductivo ante los problemas. Además de provocar mecanismos psicológicos no saludables.

Ferrano y Jonson aseguran que las mujeres víctimas del maltrato presentan escaso control de las emociones, con patrones inadecuados de interacción, asociados a estilos de afrontamientos dirigidos a las emociones, lo que conlleva a estilos evitativos, no constructivos e ineficaces para resolver el conflicto ⁽¹⁸²⁾. En este trabajo, en concordancia con otros autores cubanos, consideramos que los modos de afrontamiento dependen de factores culturales, actitudes como las valoraciones del evento, el significado que ellas le confieren a la situación en la que viven, las necesidades involucradas, sus experiencias anteriores, su historia personal y las emociones ⁽¹⁸³⁾, pero se le otorga, en el caso del evento de violencia a la mujer por su pareja, la importancia que recobran las valoraciones cognitivas del evento que se establecen a partir de los ideales de parejas, de argumentos y expectativas que poseen sobre el funcionamiento del vínculo, en interdependencia con la información personalizada que han mediatizado de sus espacios intersubjetivos de influencias, así como de la externalidad del control. Dosifican, además, la selección del modo empleado, la imagen de sí misma y la identidad de género, su inconstancia, su pobre autodominio, su autoestima dañada, su autovaloración por defecto, en la opción por el "coping" evitativo.

Autores estudiosos del tema han considerado que los mecanismos de afrontamiento en este tipo de acontecimientos, se asocian a la etapa del ciclo de la violencia en la cual se encuentran. En la primera etapa utilizan la negación, en la segunda, buscan explicaciones del porqué ocurre y se entrenan en estilos adaptativos para su enfrentamiento y en la tercera etapa, se produce la reevaluación positiva ⁽⁹¹⁾. En nuestro estudio, las mujeres de los casos del grupo que sufrió violencia y acusaron, en un 20% utilizaron la confrontación en la segunda etapa del ciclo de la violencia (explosión de las tensiones), en donde se presentó violencia cruzada y en el 22.5%, el de reevaluación positiva en la tercera etapa del ciclo de la violencia (luna de miel). Consideramos que el recurso reevaluación positiva, es un estilo de enfrentamiento constructivo, porque se centra en el esfuerzo por crear un significado positivo en su desarrollo personal y en el problema, lo que genera estados y reacciones emocionales positivas e impacta en la autodeterminación en la toma de decisiones.

La solicitud de asistencia médica se comportó de forma diferente en los tres grupos estudiados. Las mujeres víctimas de violencia asistían a consultas médicas y consumían medicamentos en proporciones mucho mayores que las del grupo que no sufren del maltrato por su pareja.

Estudios realizados en Madrid obtuvieron resultados semejantes a los nuestros. En su caso, el 28,1% del total de mujeres que reciben violencia de pareja, acudían con mayor frecuencia y por diferentes causas a recibir atención médica ⁽¹⁸⁴⁾. En México encontraron que las mujeres que reciben violencia tienen tres veces más malestar psicológico que las que no tienen este tipo de conflictos.

Estudios de las organizaciones de gerencia de salud (HMO) en Estados Unidos, comprobaron que la violencia era un factor de predicción de las visitas a los médicos, más que la edad y el tabaco. Estas mujeres acuden dos veces más a recibir atención médica, lo que representa un costo de dos veces y medias más a los servicios de salud ⁽¹⁸⁵⁾.

En Canadá se gastan mil millones de dólares canadienses y en Estados Unidos unos 5,8 millardos de dólares por año, de ellos 4,1 millardos de dólares son gastos directos por servicios y medicamentos y 1,8 millardos de dólares por certificados médicos. En América Latina, el PIB aportó 168,000 millones por esta causa. Actualmente en E.E.U.U existen más de 2000 albergues que acogen anualmente a tres millones de mujeres ⁽⁵⁸⁾.

En revisiones realizadas, no se han encontrado datos nacionales que reflejen estos costos. La carga de enfermedad que la violencia implica para los sistemas de salud, se compara con el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Otros estudios realizados por la autora, reflejaron que las mujeres que denuncian la violencia acuden 4 veces más a consulta, se enferman 3 veces más que el resto de las mujeres no maltratadas. El 15% de ellas asistió a los servicios de urgencia por lesiones y estaban 17 veces más expuestas a ingerir psicofármacos que las mujeres que no recibían estas agresiones ⁽¹⁸⁶⁾.

Estos resultados evidencian que la violencia hacia la mujer en la relación de pareja es productora de mala salud e impacta desfavorablemente sobre el bienestar psicológico de las maltratadas, además de ser un modulador en la aparición de otras dolencias ⁽¹⁸⁷⁾.

La O.M.S, ha declarado que la violencia a la mujer es la primera causa de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISAS) ⁽¹⁸⁸⁾ y que representa el 19% del total de años de vida saludable perdidos ⁽¹⁸⁹⁾, causa el 3% de los años de vida ajustados a la discapacidad (DALY) ⁽²⁰⁾. El 2% de la población mundial está discapacitada como resultado de la violencia ^(190, 191, 192).

4.2. Análisis y Discusión relacionados con la Comunidad.

4.2.1. Con los gestores sociales.

Percepciones, creencias y argumentos concernientes a la escalada del daño, su magnitud y su alcance:

- Más de la mitad de los líderes no percibía la violencia como problema de salud y social en su base.

La violencia de pareja, ha sido un fenómeno no visualizado a pesar de haber sido declarado por diferentes organismos internacionales como un problema social y de salud ^(193, 194).

No identificarlo como problema ha contribuido a que las acciones hayan quedado rezagadas y el no ubicarlo entre las prioridades a resolver ha limitado su abordaje. Lograr que el grupo tomara conciencia de que el fenómeno de la violencia de pareja es un problema social y de salud fue el primer paso para transformar la percepción del mismo.

- La gran mayoría de los participantes no contaba con informaciones precisas sobre la dimensión real ni el alcance del problema. La exposición del Jefe del Departamento de Medicina Legal, en la cual mostró los datos relacionados con el comportamiento de la violencia en el período 2000-2006, le permitió al grupo percibir la severidad del problema. En palabras del representante de los CDR: *“hoy cuando oímos la exposición del Dr. Allegues es que recién conocemos de su alta frecuencia y su gravedad”*.

La escasa divulgación de los eventos ocurridos ha contribuido a la baja percepción de la seriedad del evento. Resulta difícil discernir si la tendencia del fenómeno es ascendente o descendente, dados los insuficientes registros estadísticos. Estos resultados coinciden con los datos que reflejaron que los encuestados en la ciudad de la Habana percibían la violencia como una problemática corriente, sin graves repercusiones ⁽¹⁹⁵⁾.

El conocimiento por parte de todos del comportamiento del evento en nuestro medio, facilitó un cambio en las opiniones sobre su tendencia, frecuencia y letalidad.

- La casi totalidad de los líderes de la comunidad naturalizaba, legitimizaba e invisibilizaba la violencia. La Fiscal apuntó: *“¿Cuándo invisibilizamos la violencia? Cuando le restamos importancia, cuando la consideramos como algo habitual, que siempre ha existido y por ende, la normalizamos. ¿Cuándo la justificamos? Cuando la relacionamos con eventos coyunturales en su presentación y ¿cuando la naturalizamos? Cuando minimizamos su gravedad, cuando asumimos actitudes sexistas y cuando nos acompañan mitos que desvirtúan la real dimensión del fenómeno”*. Desconocían el ciclo de la violen-

cia en la relación de pareja, lo que dificulta su interpretación y limita el análisis para su intervención. Consideramos que estas creencias se comportaban, como factores favorecedores en la justificación y cotidianidad del problema. Estas reflexiones coinciden con las consideraciones de Heise en 1987 ⁽⁹⁷⁾.

- Los conocimientos sobre la causalidad de la violencia hacia la mujer, fueron pocos en todos los gestores, excepto los de salud. La representante de la dirección provincial de Promoción y Educación para la Salud, compartió sus conocimientos sobre el ciclo de la violencia, lo que le facilitó al resto del grupo aprender la relación existente entre el ciclo de la violencia y la escalada del daño y considerar que en el apoyo social, motivacional y educacional debe tenerse en cuenta el ciclo de la violencia para elaborar mensajes, diferenciados según la etapa del ciclo en la que se encuentre la mujer abusada.
- Los conocimientos relacionados con las diferentes causas por las cuales las mujeres no denuncian el delito son insuficientes. Este desconocimiento, por parte de los líderes formales, se comportó como un factor que entorpecía la realización de acciones de apoyo a estas mujeres. Ejemplo de ello son manifestaciones tales como: *“Los instructores policiales minimizan las denuncias de amenazas, tratan de persuadir en un primer momento a las mujeres para que no realicen la denuncia”* o expresado en criterios como: *“pues después vuelven de nuevo con su pareja o retiran la denuncia y así se reinicia el ciclo”*, según un Instructor Policial.

La fiscal acotó: *“no recibir la denuncia, por irrisoria que parezca, puede conllevar a que la mujer silencie el evento cuando se repita, además agregó, que estas actitudes también están presentes, en algunos legistas, lo que limita el seguimiento de los casos, ya que minimizan los hechos”*.

Solo tres participantes, reconocen las razones que exponen las abusadas para no denunciar, entre ellos la psiquiatra, la educadora y la abogada, cuando alega *“las mujeres violentadas consideran de que los hechos no son tan graves como para acusar, ellas sienten miedo a que le digan que eso no es un delito o que no tienen las suficientes evidencia para demostrarlo, por lo que la policía puede hacer poco, además del miedo a ir a juicio”*. A lo que la facilitadora le agrega: *“que las mayores barreras, son las internas, en primer lugar porque piensan que no son verdaderamente víctimas, por los sentimientos de vergüenza que las acompañan, por el fracaso, por la internalización de culpa, por la*

inseguridad, y por sus empobrecidos recursos psicológicos para tomar la decisión. En segundo lugar, por el temor a la represalia.”

La facilitadora señala que es importante apoyar a toda mujer que solicita algún servicio en pro de su protección y seguridad, no se le puede restar la importancia que tiene, y agrega *–“nosotros no contamos con datos, que evidencien si las mujeres asesinadas por sus parejas, habían realizado la denuncia con antelación, pues en España, demostraron que el 90% de las mujeres que fueron asesinadas por sus parejas, habían realizado un llamado a la policía en el último año (194).”*

El compartir los criterios sobre las causas que hacen que las mujeres callen el delito y las consecuencias que pueden derivarse del silencio le proporcionó al grupo un cambio a nivel valorativo-reflexivo y le motivó para que sugiriera algunos contenidos que deben transmitirse en los mensajes.

- Los líderes se mostraron de acuerdo en que se conoce poco sobre cómo ofrecerles ayuda a estas mujeres. Consideran que todos los ciudadanos deben aprender a brindar la primera ayuda psicológica a las violentadas.
- Los líderes de la salud consideraron que para mejorar las respuestas del sector salud se debían crear servicios especializados para atender a las mujeres maltratadas. Inicialmente se debían integrar a la consulta de sanidad, juristas y psicólogos que ofrezcan a las mujeres denunciantes asesoría jurídica y atención psicológica que les den seguridad, protección y modos de enfrentar la situación más ajustados a la resolutiveidad del conflicto además de reducir los estados emocionales negativos. En un segundo momento ampliar la cobertura de la asistencia en los CSMC de las áreas. Para ello es necesario recibir capacitación y contar con protocolos o guías que los orienten sobre el accionar terapéutico. Expresado por la coordinadora provincial de los CSMC: *“no debemos crear un servicio de asistencia psicológica si no contamos con guías de buenas prácticas, por lo que se hace necesaria su elaboración para capacitar, desarrollar habilidades y homogenizar las actuaciones terapéuticas. Sería conveniente además, investigar los conocimientos, las opiniones y las actitudes de los prestadores de los servicios de salud mental sobre el manejo de las víctimas de maltrato.”*

Este resultado coincide con dos estudios realizados en Santiago de Cuba que arrojaron en uno de ellos que el 85% de los profesionales del sector referían no tener conocimientos sobre la violencia in-

trafamiliar ⁽¹⁹⁶⁾. En el segundo estudio se refiere que sólo un 19.4% de los prestadores de los servicios de salud se consideraban capacitados para actuar ⁽¹⁹⁷⁾.

Las manifestaciones de los gestores sociales estimularon la propuesta de inaugurar un servicio para la atención a las mujeres que denuncian el delito y confeccionar materiales bibliográficos de apoyo para elevar los conocimientos y las habilidades en los prestadores de los servicios de los CSMC.

- Re-victimización secundaria

Una minoría (4 participantes) conocían en, qué consiste la re-victimización secundaria.

Fueron mencionados los factores relacionados con las condiciones estructurales de los locales de la Policía en dónde se asiste a las mujeres denunciantes.

El jefe del Departamento de Medicina Legal manifestó: *“la consulta de sanidad no reúne los requisitos relacionados con los aspectos estructurales ni funcionales relativos a la calidad de la atención para efectuar la entrevista, debido a que no proporciona la privacidad, la receptividad, la confiabilidad, la credibilidad, la dignificación que en estos casos se necesita con especial esmero, lo que facilita la doble victimización.”*

El planteamiento es aprobado por los médicos legistas y por los otros miembros del personal de salud. Con base en estas reflexiones, se logró el compromiso de trasladar la consulta de sanidad que se realizaba en las dependencias de la PNR hacia instalaciones de salud. La directora del Palacio de la Salud se comprometió a solicitarle al Director Provincial de Salud *Y el representante de la Policía a su superior, “su aprobación para que las consultas de sanidad se realicen en el Palacio, ya que este Centro reúne las condiciones materiales, además de tener a su favor ser un lugar neutral, con ubicación céntrica. Como valor agregado, se dispondrá de materiales educativos sobre la violencia para que las denunciantes se informen acerca del delito.”* En segundo lugar, el grupo planteó que la actitud de los sujetos de la comunidad y de los prestadores de servicios hacia este grupo, más que de aceptación, solidaridad, confianza y comprensión, es de distanciamiento. Derivado de este planteamiento, se acordó realizar una investigación con el propósito de identificar las opiniones que poseen las redes sociales sobre el evento y otro estudio dirigido a los prestadores de los servicios de salud mental.

En tercer lugar, la re-victimización puede estar generada por las representaciones sociales y los estereotipos culturales que tienen los diferentes prestadores de los servicios a los cuales las víctimas acuden en busca de atención. A partir de esta argumentación, se acuerda realizar talleres de discusión sobre el tema con juristas e instructores policiales y otros líderes de la comunidad que puedan incidir en la presentación de la victimización secundaria.

En cuarto lugar, los servicios de salud infligen victimización secundaria cuando no detectan, no indagan, no diagnostican ni asisten con calidad a las mujeres maltratadas.

- Las respuestas de los diferentes sectores.

Entre los representantes de salud hubo coincidencia de opiniones cuando afirmaron que la respuesta del sector salud, no ha sido suficiente porque *“no se considera la violencia como prioridad en el sector ni en el trabajo de los participantes que allí se encuentran, lo que se le ha llamado invisibilidad de los servicios de salud”*. Otra opinión se asocia a la no sistematización e integración de las acciones y programas prioritarios en el sector. La coordinadora provincial de los CSMC, considera que *“en la provincia tenemos fortalezas, entre ellas el interés por el tema, la cobertura total gratuita de los servicios, la disponibilidad de especialistas que solo se necesita capacitarlos y orientarlos en el que hacer”*; pero aún están presentes barreras en la accesibilidad y la atención oportuna de calidad.

La baja integración del tema de la violencia de pareja a los programas priorizados de la APS y la no transferencia de tecnología de los programas de las ITS y VIH-Sida. La responsable provincial de los consejeros expresa *“los servicios de consejerías y la línea de ayuda confidencial son también una fortaleza con que cuenta el sector para enfrentar el evento, pues están disponibles para ofrecerles ayuda a las mujeres que acuden a estos servicios por las ITS y se pudiera indagar sobre la violencia, con el propósito de ofrecerles ayuda; pero para ello necesitan recibir capacitación, pues consideran que no tienen los conocimientos ni habilidades para transferir esta tecnología educativa al problema de la violencia.”*

El resto de los gestores sociales, sobre todo los representantes de Cultura, Televisión, Radio y la fiscalía, consideraron que el número de mensajes acerca del problema de la violencia de pareja por los medios locales de comunicación social que no es suficiente y que los mensajes son fragmentados;

puntuales, motivados por fechas específicas, sin asesoría de personas conocedoras de las necesidades y características de la audiencia a influir. Se acordó sistematizar los mensajes, así como establecer con periodicidad programas televisivos y radiales.

Para contrarrestar esa situación, los representantes de los medios masivos manifestaron su disposición a incrementar los mensajes, prioritariamente los dirigidos a divulgar las leyes, a divulgar los servicios que se implementarán y a diseñar menciones publicitarias acerca de las causas y factores asociados a la aparición de la violencia conyugal. Se recalcó que no deben continuar presentando la relación entre el alcohol y la violencia conyugal, ni la imagen de una mujer anulada, pues ello desvía la atención de las verdaderas causas y hace que la audiencia relacione la violencia de pareja con eventos individuales. Los comunicadores de los medios de difusión solicitaron asesoría para la elaboración de los mensajes.

Con el mismo fin, los representantes del derecho civil propusieron la realización de un taller territorial, dirigido a los profesionales del derecho, para que se apropien de conocimientos sobre las características sociales y psicológicas de las víctimas del maltrato, además, se comprometieron a diseñar cuartillas y confeccionar un plegable que enuncien las legislación vigente para la protección de la mujer contra el maltrato conyugal. Esas cuartillas y plegables serían colocadas en las áreas de salud.

El representante de cultura comentó que la poca sensibilidad y concientización acerca del tema dificultan la movilización y la coordinación de las acciones entre sectores. Propone la realización de talleres de capacitación, con la participación de escritores y pedagogos, con el propósito de articular la actuaciones y lograr la integración de las acciones informativas, comunicacionales y educativas. Esta propuesta fue enunciada, además, por el representante de la prensa escrita, que solicitó también encuentros de los periodistas con expertos del tema.

Esta discusión ayudó al grupo a perfeccionar sus conocimientos, reconocer el alcance y magnitud del problema, sensibilizarse y proponer actuaciones en conjunto y sistemáticas e intersectoriales dirigidas a mejorar el enfrentamiento a la violencia desde la ICE, la asistencia y la capacitación.

4.2.2. Con los actores sociales.

- Identificación del problema como un problema de salud.

El 88% de los líderes formales opina que la violencia de pareja no es un problema de salud puesto que las mujeres convivientes con el maltrato no están enfermas, su integridad física no está muy perjudicada y la expresión de sus consecuencias en términos de daños, lesiones, discapacidades, no es grave. Coincidiendo con lo encontrado en el estudio realizado en la ciudad de la Habana, que determinó que la comunidad no lo reconoce como problema de salud ⁽¹⁹⁸⁾ y discrepando de los resultados de Ortiz y Morales que encontraron que la comunidad sí percibe a la violencia como un problema de salud ⁽³⁰⁾.

Aunque la totalidad de los encuestados identifica correctamente una enfermedad mortal, o una que produzca daños o secuelas, como un problema de salud, no mencionan los daños que los maltratos acarrearán a las mujeres, mortales o no.

Nuestros actores sociales no relacionan la categoría salud con el nivel de satisfacción que experimenta un sujeto en las áreas de mayor significación de su vida. No asocian la salud con el predominio de emociones positivas ni con que el sujeto pueda identificar, prever y transformar las situaciones que le inducen malestar y adoptar mecanismos que contribuyan al sostenimiento del bienestar y al logro de sus proyectos de vida. Este desconocimiento nos convenció de la necesidad de incluir en el documental el concepto de salud.

- Las creencias, opiniones y argumentos que tiene la comunidad sobre la violencia de pareja así como los factores que contribuyen a su aparición.

Existen tres factores que obstaculizan la identificación y priorización de la violencia como problema de salud. El primero: a pesar de que el 60% de los entrevistados opina que la violencia es frecuente en su comunidad y reconocieron que las mujeres que tienen ciertas condiciones en su seno familiar son más vulnerables; no lo consideran grave ni que demande un accionar por parte de la comunidad. Segundo factor. La casi totalidad de los líderes sostienen mitos en torno a la violencia contra la mujer, entre ellos: *“la violencia es un problema privado”* y *“se quedan porque quieren”*.

El tercero se refiere a las opiniones encontradas sobre las causas del fenómeno, la opinión mayoritaria (85%) es que la causa principal de la violencia de pareja es la ingestión de bebidas alcohólicas por parte del victimario; le siguen los problemas económicos, el hacinamiento, el bajo nivel cultural, el estrés y en las características de la mujer, que permite se le golpeen. Nadie relaciona como factores facilitadores del problema a las actitudes sociales sobre el evento: si a favor o en contra, si de tolerancia o de enfrentamiento, si evitativas o de confrontación, si interventivas o no. Esas son razones pertinentes para asumir respuestas sociales pasivas o activas.

La percepción de un problema está modulada por las creencias, la ideología, los saberes, los argumentos y por experiencias anteriores. En este estudio fue encontrado que las creencias fragmentadas acerca del problema impiden visualizar la realidad desde otros ángulos. La intersección de los saberes y creencias provoca, desde su lectura personal, una visión parcializada del problema.

Basado en ese desconocimiento, para contribuir a la sensibilización ciudadana, se programaron emisiones radiales y televisivas que comunicaran la magnitud y severidad del evento en nuestro contexto. Una mención propagandística, emitida por la televisión local, que mostraba la relación entre el alcohol y la violencia física, dejó de presentarse, siendo sustituida por otra mención que expone la violencia psicológica sin que medie la adicción por parte del agresor; además, se presentaron dos espacios televisivos en el programa de Impacto y Tardes de Jagua en los cuales se expusieron las verdaderas causas de este fenómeno.

En el municipio Cienfuegos, la tendencia del problema ha ido en ascenso. Basta comparar las cifras de los últimos 7 años. En el año 2000 fueron lesionadas 146 mujeres, contra 190 en el 2007. También en el año 2000 se presentaron 171 denuncias por el delito de amenaza, contra 235 en el año 2007. Otros 201 delitos denunciados por mujeres en el año 2000, fueron duplicados en el año 2007, con 447 denuncias lo que evidenciaría la magnitud del problema. Sin embargo, estas cifras se desconocen por los miembros de la comunidad.

- La casi totalidad de los actores sociales de la comunidad entiende que violencia de pareja es cuando algún miembro de la pareja golpea, empuja o lesiona al otro, o cuando se presentan riñas.

Opiniones tales como: *“violencia es golpear, empujar, patear, sacudir.”* El 29% consideró que la violencia es cruzada, que no es contra la mujer, pues ambos miembros de la pareja se agreden. Expre-

saron: *"casi siempre los dos se pegan"*. Ninguno reconoció la violencia psicológica ni la económica. Varios líderes refirieron *"que las discusiones acaloradas, insultarse, humillarse es una situación de convivencia cotidiana, común, sistemática"*, y por lo tanto *"natural"*. Otro alegó: *"todos discutimos acaloradamente en algún momento en el matrimonio"*. Otro expresó: *"no es violencia porque ella también grita, insulta, ofende, culpa"*. Otro refirió: *"las mujeres son las más que utilizan esa conducta para manejar los problemas del matrimonio, no los hombres. Nosotros terminamos más rápido con la discusión, mandando a callar"*. Estos criterios nos condujeron a presentar en el programa Impacto y al video elaborado por la autora, las diferentes manifestaciones de la violencia conyugal.

- Actitudes y actuaciones que asumen los vecinos cercanos y la familia hacia la mujer cuando su pareja le inflige violencia.

El 85% refirió que la actitud asumida por los vecinos ante el acto violento es de no intervención, porque consideran que es un problema de carácter individual de esa familia, y que deben resolverlo entre ellos. En ocasiones *"la ayuda se reduce al llamado a la policía"*. Hay consenso, en las respuestas encontradas, que expresaron: *"una vez terminado el evento, las personas más cercanas a las víctimas le demuestran su cariño, su estima, pero no le pueden ofrecer otros tipos de apoyo"*.

En este trabajo se conceptualiza la actitud, al sentimiento general permanente positivo o negativo (de estar a favor o en contra) hacia algunas personas o conductas ⁽¹⁹⁹⁾.

La actitud manifestada por la muestra ante la violencia de pareja fue positiva pues estuvieron a favor de que no se le inflija violencia a la mujer por parte de sus parejas; ante el enfrentamiento a la violencia fue negativa pues refirieron que no debían intervenir en las situaciones de conflicto.

Esas actitudes, están teñidas por las creencias y los mitos sobre las mujeres maltratadas, entre ellos: *"ella se lo permite"*, *"se deja pegar"*. Esta imagen de la mujer maltratada, valorada como víctima pasiva y no como sobreviviente, legitima la actitud que asumen los maltratadores y culpan socialmente a la mujer maltratada. Otras representaciones sociales que entorpecen el socorro ante el conflicto de parejas son los pensamientos sobre el evento en sí, como lo son las ideas de que *"yo no puedo hacer nada, es ella la que debe salirse de la relación"*. Lo más importante es que estas representaciones, pensamientos y creencias sobre quiénes y cómo son las mujeres que reciben violencia y que

posición ellas asumen ante el evento, se comportan como factores mediadores para el no rompimiento de la violencia de pareja, pues le transfieren a la mujer una baja recepción del apoyo social.

A la mujer recibe aliento para tomar la decisión de no convivir con el maltrato, si percibe de la comunidad una actitud de comprensión, de apertura en la expresión de su situación de vida, de aceptación y no de inculpación del evento; de acogimiento y no de rechazo. Si las actitudes asumidas por la comunidad son positivas, les propician a las mujeres la disminución de los sentimientos de vergüenza y de la tendencia al aislamiento social en su comportamiento, aumentando el sentimiento de seguridad.

- Los comportamientos de ayuda a la maltratada, una vez que termina el evento
El 57% de los encuestados manifestó que ellos no asumen ningún comportamiento para ayudar a una vecina en el momento en que es maltratada por su pareja, expresando que *“las mujeres, silencian el evento o lo justifican, por lo que ellos no acuden en su socorro”*. La tendencia de la comunidad, en presencia del evento no era activa, porque no impulsaba a asumir un comportamiento positivo de acompañamiento, de acogimiento, de protección, ni se expresaba en conductas de apoyo, Ninguno de los encuestados refirió las posibles consecuencias mortales del evento.

A partir de este resultado se planearon dos programas radiales y dos televisivos; dos de ellos ofrecidos por el jefe del departamento de Medicina Legal y el resto, por la fiscalía provincial, con el fin de que la población concientice la letalidad del problema. Este contenido también se incorporó al video.

En ninguna de las entrevistas se encontraron conocimientos entre los líderes sobre los mecanismos o regulaciones establecidos para prestarles apoyo social informativo a las mujeres maltratadas. Estos datos coincidieron con los obtenidos en la primera tarea, lo que reforzó el propósito de la fiscalía provincial de elaborar una cuartilla que expusiera las leyes vigentes que amparan a la mujer. También fueron planeados programas informativos, radiales y televisivos, sobre la legislación vigente.

- Necesidades de información para ofrecer ayuda a las mujeres maltratadas.
El 42% no considera beneficioso recibir información sobre cómo ayudar a las mujeres que conviven con la violencia. Ello se evidenció en manifestaciones tales como: *“yo no me meto, en esos problemas”, “para qué yo quiero aprender cómo ayudar a una mujer ante el problema, si yo no voy a inter-*

venir”, *“en esos tipos de problemas, para eso está la policía”*. Esas valoraciones están mediatizadas, a nivel de la esfera cognitiva, por las ideas, imágenes y representaciones fragmentadas que poseen sobre cómo son las mujeres maltratadas, cuáles actitudes asumen ellas ante el conflicto y las limitadas expectativas de los actores sociales de lograr éxitos en sus acciones, evidenciadas en declaraciones tales como: *“poco podemos hacer”*.

La totalidad de las representantes de la organización femenina valoraron de muy beneficioso saber los pasos a seguir para ayudar a las mujeres violentadas. Esta afirmación fue avalada por expresiones tales como: *“yo no tengo ni idea de cómo hablarle a una mujer que acabe de sufrir violencia, aprender a hacerlo, lo valoro de muy provechoso”*. Otra expresión: *“a mí se me han acercado a pedirme consejos y yo lo he hecho intuitivamente y quizá en vez de ayudar la he perjudicado más”*. Consideraron oportuno el imprimir folletos o plegables acerca de diferentes tópicos del tema, entre ellos, la primera ayuda a las víctimas, para ser discutidos en las organizaciones de base de la FMC o de los CDR.

El 58% afirmó la necesidad de conocer hacia dónde dirigir a las víctimas para que reciban asesoramiento legal y ayuda psicológica. Doce de ellos consideraron que se deben divulgar las leyes, regulaciones y disposiciones que amparan a las mujeres maltratadas. Otros trece líderes manifestaron que se debe elaborar mensajes referidos a las consecuencias de la violencia y uno consideró oportuno que se den noticias sobre lo que acontece. Estas opiniones, y las obtenidas en la primera tarea, motivaron el diseño de una mención televisiva para informar a la población sobre la creación del servicio que se les brinda a las mujeres que lo necesiten en el Palacio de la Salud.

El 76% consideró que no son suficientes los mensajes ni los programas sobre la violencia intrafamiliar. *“Se oyen por la radio y se ven en la televisión, temas relacionados con la violencia solamente cuando se celebran algunas fechas relacionadas con el problema”*. Las opiniones referidas a la unilateralidad del contenido de los mensajes sobre este tema fueron las más numerosas: *“casi siempre, el hombre golpea a la mujer cuando él viene tomado”, “Ud., me ha preguntado sobre los tipos de violencia y sobre las causas, yo no las sabía, así que es bueno, que se emitan mensajes sobre eso”*. Ese

estado de opinión motivó el asesoramiento en la elaboración de mensajes radiales, televisivos y en la prensa escrita que cubrieran estas demandas.

4.2.4. Respuestas de los sistemas de los servicios de salud.

4.2.4.1 Departamento de Promoción y Educación para la Salud.

- Las educadoras para la salud en el grupo focal expresaron unánimemente que la violencia es un problema de salud actual. Ellas manifestaron que han recibido asesoramiento relacionado con el tema de la violencia, sobre planificación estratégica y sobre análisis de situación de salud, lo que las coloca en mejor posición para reconocer cuando están ante un problema de salud.

Una Educadora del Área V justifica su declaración de la violencia como problema de salud por la alta frecuencia y gravedad con que se presenta en su zona. Esta reflexión concuerda con la mapeación, realizada por la coordinadora del grupo focal en el año 2000, sobre las zonas geográficas de mayor prevalencia de denuncias de los delitos de lesiones y amenazas de las mujeres del municipio. El Consejo Popular de Tulipán ocupa el primer lugar en delitos de amenaza denunciados por mujeres (200).

Educadora del Área III: *“porque su severidad y letalidad no son bajas”*. El Consejo Popular de San Lázaro ocupa el 3er. Lugar en el delito de lesiones.

Educadora del área VIII: *“en nuestra área se reconoce la alta incidencia de hombres que les infligen violencia a las mujeres, pues lo hacen de forma pública”*. El Consejo Popular de Caonao, al cual pertenece esta funcionaria, ocupaba el 2do. lugar en denuncias de mujeres por el delito de lesiones y amenazas, solo superado por el Consejo Popular de Tulipán en el delito de amenaza y por el Consejo Popular de Punta Gorda en el delito de lesiones.

Coordinadora municipal: *“es un problema, ya que existen insatisfacciones, de forma general, en lo que ocurre en torno al fenómeno y lo que debería ser”*.

- La violencia hacia la mujer como factor mediatizador de otros daños a la salud.

Casi ninguna de las educadores y consejeros reconoció a este problema como problema intermedio para otras dolencias, ni como factor de riesgo de enfermedades, excepto para los trastornos emocionales, las conductas para suicidas y las adicciones. Cuando la moderadora indagó sobre los conoci-

mientos que ellas poseen acerca de los factores de riesgos del bajo peso al nacer, fueron siendo expresadas respuestas que permitieron al grupo enlazar la violencia con el bajo peso al nacer, la prematuridad, el aborto y la anemia, entre otros. Se siguió indagando sobre los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles y las transmisibles hasta que el grupo llegó a reconocer la influencia que la violencia intrafamiliar puede estar incidiendo en estas enfermedades.

Educadora del área II: *“yo puedo asegurar que el 60% de las mujeres ingresadas por riesgo de prematuridad en los hogares maternos, reciben maltrato de sus parejas, pues ellas se lamentan del manejo que sus esposos le proporcionan a su relación”.*

Consejero: *“yo tenía una baja percepción de que la violencia sexual se podía presentar en una relación de pareja y más baja aún que el transmitirle una enfermedad sexual a su pareja se consideraba un acto de violencia, ya que atenta contra su integridad física. Considero beneficioso, incorporar el tema en nuestro quehacer”.* Visualizar la relación entre la violencia y las enfermedades de transmisión sexual, facilita integrar el tema al programa de la ITS y a los servicios de consejería mediante la transferencia de tecnología.

Educadora área V: *“cuando desarrollamos técnicas educativas sobre los factores de riesgos de las enfermedades crónicas en grupos poblacionales, no hemos tenido en cuenta la violencia como factor asociado a los estilos de vida que generan estrés, estados emocionales negativos, baja adherencia al tratamiento y enfrentamientos no adecuados ante la enfermedad que pueden estar incidiendo en el curso tórpido de su dolencia de base, por lo que considero pertinente y válido su incorporación”.* El aprendizaje colectivo y análisis crítico les propició reflexionar sobre la factibilidad de transversalizar el tema en el programa de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

- Conocimientos a cerca de la violencia, los factores de riesgos asociados en su aparición y su repercusión en la salud y en la salud familiar.

De forma general, las educadoras para la salud poseen conocimientos sobre, la multi-factorialidad y multi-causalidad del fenómeno, dominan las diferentes expresiones del maltrato y sus repercusiones individuales y hacia otros miembros de la familia. Todas reconocen las diferentes manifestaciones de la violencia. Diferentes participantes mencionaron *“los traumas”* para los hijos que afectan su compor-

tamiento, sus estados emocionales, su ritmo de aprendizaje, anticipa el inicio de las adicciones a edades más tempranas, así como, el establecimiento de parejas inestables, lo que aumenta la vulnerabilidad ante enfermedades de transmisión sexual.

La jefa provincial de las educadoras testificó: *“que en sus veintitantos años de maestra pudo constatar la repercusión que tiene la violencia doméstica para los descendientes”*. Otra participante evoca: *“las consecuencias para los adultos mayores que esta situación de conflicto acarrea. Se oye mucho a los viejitos lamentarse del manejo que tienen los jóvenes para manejar sus problemas”*. La indagación autorreflexiva sobre la naturaleza del problema las proveyó de conocimientos referentes a los costos directos e indirectos que acarrea esta la violencia en la pareja, no solo para los sujetos involucrados, si no para el sector de la salud y la sociedad, en general. Ello permitió sensibilizar a las participantes en la necesidad de incorporar esos conocimientos a su desempeño como funcionarias.

- Imágenes, representaciones y opiniones sobre las mujeres que son víctimas de la violencia de pareja
Las tres cuartas partes de las educadoras tenían representaciones devaluadas acerca de las mujeres maltratadas. Consideraciones como: *“es que son mujeres aguantonas, muy dependientes de la pareja”*, o: *“yo me dejo pegar la primera vez, pero la segunda, no me coge”*. Dialogar sobre la imagen que poseía el grupo sobre las mujeres abusadas facilitó un cambio de punto de vista en sus representaciones acerca de esas mujeres, lo que facilitará realizar intervenciones educativas desde otra óptica.
A la interrogante: *¿Si yo llegara del planeta Marte y quisiera saber cómo son las mujeres maltratadas por su pareja, qué me responderían las personas?* *“Que son mujeres dependientes, inseguras, sumisas, nerviosas, pasivas, temerosas, tristes, indefensas, de nivel educacional bajo, con pocos recursos financieros, que viven agregadas, que son poco sociables, que no solicitan ayuda, que no rompen con el vínculo”*. La especialista en el tema, Ileana Artilles, señala que entre los obstáculos para no abordar el problema desde el sector salud están los mitos que acompañan a los prestadores del servicio sobre la responsabilidad femenina ante sobre la situación en conflicto⁽¹⁹⁸⁾.
- Respuestas del sector de la salud.
Excepto dos participantes, el resto no tenía claridad sobre las acciones que se realizan dentro del sector de la salud ante el problema. Casi todas consideraron que los especialistas de la salud mental

se ocupaban de asistir a las mujeres demandantes del servicio cuando ellas lo solicitaban. Esto concuerda con lo encontrado en Santiago de Cuba, en donde en arribaron a la afirmación de que los prestadores de los servicios de salud no conocen la ruta crítica a seguir por estas usuarias⁽¹⁹⁶⁾.

- Acciones desde los departamentos de Promoción y Educación para la salud en la APS

Las actividades realizadas por los departamentos de Promoción y Educación para la salud se han centrado, en primer lugar, en capacitar a las educadoras y activistas de la Federación de Mujeres Cubanas sobre el tema de la violencia intrafamiliar, en los tópicos referentes a su conceptualización y a sus formas de manifestarse. En segundo lugar, en impartir técnicas educativas, en diferentes centros de trabajo y en escuelas, con el propósito de sensibilizar a la población. En tercer lugar, en la elaboración de plegables (Centro Provincial) para repartirlo en las diferentes actividades que se realizan en el centro provincial. Y en cuarto lugar, en coordinar con los medios masivos de comunicación local para que los especialistas le informen a la población sobre el problema, en apoyo a las campañas de No Violencia.

- Actividades preventivas contra la violencia de pareja, en sus tres niveles.

Las actividades informativas/educativas susceptibles de ser efectuadas en los niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria fueron identificadas atinadamente, así como la población blanco en cada uno de los niveles. El intercambio de opiniones dentro del grupo facilitó descubrir y concretar hacia dónde dirigir las acciones informativas/educativas de acuerdo con la estratificación de los riesgos y el nivel correspondiente de intervención preventiva.

Se exploró lo que pensaba el grupo sobre las posibles acciones preventivas y a cuáles grupos poblacionales dirigir las actividades informativas. Las respuestas obtenidas al respecto, fueron: *“que las actividades encaminadas a la prevención primaria, cuya función es limitar la incidencia, mediante el control de las causas y los factores de riesgo, debían dirigirse en primer lugar a la población en general para que visualizara el problema y se sensibilice con la no tolerancia social ante el fenómeno, en segundo lugar, a las mujeres, por ser el grupo poblacional más expuesto al riesgo. Los contenidos de los mensajes estarían dirigidos a promover relaciones de pareja desde la no violencia. Seguidamente, a los grupos de jóvenes que inician los vínculos amorosos y, en cuarto lugar, a los padres y educado-*

ras de escolares primarios, con el objetivo de disminuir los eventos de violencia doméstica que facilitan los aprendizajes de estas conductas”.

Menos de la mitad reconoció las posibles acciones educativas orientadas a la prevención secundaria. Se determinó que las acciones educativas debían dirigirse a las mujeres, para que reconocieran su condición de víctima, el ciclo del evento, la escalada del daño y su trascendencia, para ellas y para el resto de los miembros de la familia.

Todas coincidieron en que la estrategia para este nivel debía encaminarse a reducir el impacto ocasionado por el delito y evitar su cronificación, por lo que su actuar educativo debía estar dirigido a dar a conocer los lugares en donde se ofrece ayuda psicológica y legal, y tratamiento psicoterapéutico.

Al indagar en el grupo sobre las razones que, según ellos, han limitado su abordaje, todos manifestaron no considerarse capacitados a profundidad sobre el tema. Estos resultados coinciden con los encontrados en el Consejo Popular Maceo, en Santiago de Cuba, que reflejaron que el 83% de los profesionales de la salud no tienen la preparación mínima para enfrentar la prevención de la violencia intrafamiliar ⁽²⁸⁾, y con la investigación realizada en Méjico, que encontró que el 92,3% de los profesionales de la salud reconocen que deben conocer más sobre cómo abordar el problema desde la prevención, pues no se consideran capacitados para enfrentarlo ⁽¹⁷⁶⁾.

La Coordinadora Municipal hace referencia *“a que la educación para la salud, actualmente, se concentra más en modificar los factores que intervienen en la presentación del problema que en la mera transmisión de la información, por lo que considera deben tener claridad sobre los factores que la facilitan, para poder realizar acciones educativas más eficientes”*. Este planteamiento fue apoyado por el resto de los participantes, lo que nos permite señalar la necesidad de fomentar la discusión acerca de los factores que facilitan la aparición de la violencia y los factores que protegen contra ella.

La coordinadora del grupo focal, sustentándose en los estudios realizados en el municipio Cienfuegos, expuso los factores de riesgo sociales, comunitarios, familiares, relacionales e individuales incidentes en la aparición del problema. Hizo hincapié en las particularidades psicológicas de las mujeres maltratadas, para facilitarles al grupo el conocimiento de las características psicográficas de la au-

diencia primaria, susceptible de ser intervenida por estrategias educativas y de comunicación social en salud.

- Utilización de las tecnologías educativas, usadas contra las ETS, en este problema

El consenso del grupo consideró factible aplicar la primera ayuda, la línea confidencial y la consejería a este problema, a pesar de que nunca antes la habían aplicado a casos de violencia intrafamiliar. Se vertieron opiniones al respecto: *“nunca he indagado si las usuarias son víctimas de violencia”*; *“en el servicio de línea confidencial, nunca he preguntado a las mujeres si recibieron violencia por parte de su pareja”*. Del grupo emanaron propuestas para iniciar la transferencia de la tecnología de ayuda mutua.

- Limitaciones para iniciar la transferencia de tecnología. Conocimientos, habilidades y protocolos de actuación.

El grupo conocía los pasos para realizar la Primera ayuda en las ETS, pero *“nosotras no tenemos los conocimientos para realizar los cinco pasos de esta modalidad con las mujeres violentadas por su pareja, solamente daríamos el primer paso: hacer contacto”*.

La moderadora compartió con el grupo los siguientes pasos a efectuar, propiciando la apropiación reflexiva de los conocimientos para aplicar el resto de la técnica.

Todas las participantes reconocieron la factibilidad de transferir esa tecnología hacia otros problemas de salud, pero ignoraban cómo realizarla en los casos de mujeres abusadas. La Consejera municipal argumentó: *“por mi experiencia y la del resto de los consejeros que estamos entrenados en la modalidad de consejería, no considero difícil utilizar esta técnica en otros problemas de salud donde, al igual que con las enfermedades de transmisión sexual, los mitos, las valoraciones, las imágenes y representaciones sociales mediatizan la solicitud de ayuda; pero necesitamos capacitación sobre lo específico del tema, porque no es lo mismo aconsejar a una persona que duda de tener una gonorrea que a una mujer que ha sido abusada sexualmente y teme haberse infectado”*.

Las opiniones del colectivo también fueron unánimes en la necesidad de confeccionar un material de consulta que protocolice el modo de brindar una primera ayuda psicológica y consejería a las mujeres violentadas.

4.2.4.2 Los Centros de Salud Mental Comunitarios.

¿Cuál es el manejo que los CSMC le brindan al problema de la violencia hacia la mujer por su pareja?

Las respuestas más importantes fueron:

- Al no existir programas ni estrategias nacionales, las víctimas de la violencia se pierden de vista en medio del trabajo cotidiano, pues las acciones se desvían hacia otros problemas que sí cuentan con programas.
- No están planificadas, integradas ni coordinadas actividades para enfrentar el problema de la violencia desde la prevención a la asistencia.
- La falta de detección (no se pregunta directa y claramente. No se averigua, a pesar de conocer el carácter repetitivo de la violencia), de diagnósticos precoces (no se indaga sobre las causas que le atribuyen las víctimas a sus conflictos de pareja; no están alertas ni vigilantes en la consulta para detectar los signos, síntomas, actitudes y comportamientos que identifican a un caso) y de atención oportuna de calidad propicia la victimización secundaria.
- Escasos conocimientos sobre los factores que elevan la vulnerabilidad ante el maltrato de la mujer, sobre las señales de alerta de los homicidios intencionados, las características de las mujeres que no denuncian el delito y pocas habilidades entre los especialistas de salud mental para realizar las acciones preventivas en sus tres niveles.
- Envejecimiento, fragmentación y dispersión de la bibliografía, con pocos autores nacionales.

Estas respuestas concuerdan con lo planteado por Ileana Artilles en su artículo, en el que aborda los motivos por los cuales los especialistas no identifican los casos ⁽¹⁹⁹⁾, y con los resultados encontrados por la autora en la consulta multidisciplinaria de Sanidad, en donde descubrimos que más del 80% de las mujeres asistidas recibían tratamiento por parte de especialistas de la salud mental a los cuales, ni ellas les refirieron que eran abusadas por sus parejas, ni fueron interrogadas por los especialistas acerca de esa situación. Otros estudios internacionales, llevados a cabo por Fernández Alonso ⁽²⁰⁰⁾ encontraron que solamente el 40% de los especialistas en salud mental lo identifican, el 17% de los ginecólogos y el 6% de los internistas, lo que le permitió arribar a la conclusión de que los médicos lo detectan pobremente.

Considerando la falta de planificación en las actividades de los CSMC para enfrentar a la violencia, la moderadora solicitó del grupo que se refiriera a las posibles acciones a realizar, en correspondencia con las dificultades más importantes determinadas por ellos mismos. Por votación fueron seleccionadas las respuestas más populares.

- En primer lugar, se propuso llevar a cabo actuaciones que permitan mejorar el conocimiento temprano de las mujeres que se encuentran en esa situación y dar la alerta oportuna para poder brindarles una atención de calidad.
- Recibir entrenamiento sobre procedimientos y métodos de atención a las víctimas.
- Elaborar una guía metodológica para la atención y recuperación de las víctimas de la violencia, demandantes del servicio.
- Describir las funciones de los proveedores y sus actuaciones, en dependencia de los niveles de intervención.
- Establecer las coordinaciones dentro del sector relacionadas con las derivaciones de los casos, así como propiciar contactos inter-institucionales para desarrollar una gama de respuestas.
- Integrar el tema de la violencia de pareja a los programas de Droga, Alcoholismo, de la Conducta Suicida y el de Rehabilitación Psicosocial.

Teniendo en cuenta la estimación del grupo acerca de los insuficientes conocimientos se le solicitó al grupo calificar los posibles factores desconocidos que se asocian a la presentación del problema de la violencia, con el objetivo de conocer los más probables y actuar sobre los riesgos.

- En primer lugar fueron situados los factores de riesgo personales de las mujeres maltratadas: la baja autoestima, la dependencia económica, haber convivido con otras relaciones violentas, haber aprendido patrones agresivos de solución de conflictos y en muchas ocasiones, tener de pareja a un adicto al alcohol. No reconocieron como factores de riesgo individuales de mayor incidencia, la edad, la unión consensual, el no acceso y control sobre los recursos informativos/educativos ni políticos, las particularidades personalógicas ni los recursos personalógicos⁽¹⁵³⁾.
- En segundo lugar fueron situados los factores de riesgos familiares, en dependencia de su estructura, composición y la dinámica de su funcionamiento, así como los patrones de aprendizaje social.

Se les informa al grupo, que en nuestro contexto, son las familias nucleares incompletas las que ocupan el primer lugar en la violencia física hacia la mujer, en segundo, las familias extensas y en tercero las familias ampliadas ⁽¹⁵⁾.

- En tercer lugar, fueron señalados los factores de riesgo sociales, entre ellos, la organización social, la tolerancia social, las normas, los valores, las representaciones y las creencias.
- En cuarto lugar se señaló la mitad de los factores que se relacionan con el riesgo de homicidio intencionado: cuando el agresor profiere amenazas de muerte al ser denunciado por la víctima que quiere interrumpir la relación, si el agresor ingiere alcohol con frecuencia, si tiende a ser agresivo, colérico, con otros familiares incluyendo a sus hijos y haber tenido antecedentes de riñas.

La moderadora intervino para mencionar el resto de las señales de alerta no enunciadas por el grupo; la declaración de la mujer de temer por su vida, haberle infligido violencia desde el embarazo, haberla violentado fuera del domicilio, que el ciclo de la violencia se ha intensificado, reducido en el tiempo y se presenta con mayor frecuencia, la acosa, le dice que no puede vivir sin ella. La presentación de tres factores aumenta el riesgo de homicidio.

Los anteriores planteamientos indican que los conocimientos del grupo acerca de los principales factores asociados a la violencia no eran suficientes. Esa situación podía entorpecer la planificación y la ejecución de estrategias preventivas primarias, secundarias y terciarias. Poseer esos conocimientos sobre la estratificación de los riesgos les facilita a los coordinadores priorizar las acciones según el nivel del riesgo y con ello lograr eficiencia en las actividades a realizar

En correspondencia con las causas que contribuyen a que las mujeres maltratadas sean re-victimizadas se le solicitó al grupo enumerar las posibles deficiencias en los servicios de salud que conllevan a la victimización secundaria. El grupo consideró que los profesionales de la salud se convierten en parte del problema si:

- No lo identifican o no lo detectan.
- Normalizan la violencia.
- Minimizan el abuso.
- No creen a la víctima.
- Ignoran sus necesidades de protección y no movilizan sus recursos de seguridad.

- No la ayudan a reconocer la situación de abuso en la que convive, evitándole la auto recriminación.
- No respetan su autonomía.
- Violan su confidencialidad y no recopilan toda la información posible de forma abierta.
- No les brindan un servicio eficiente que tenga en cuenta desde la intervención en crisis hasta la aplicación de un sistema de influencia psicológica.

La especialista del tema Ada Alfonso, declaró que los trabajadores de la salud tienen dificultad para reconocer los múltiples rostros que tiene la violencia de pareja ⁽²⁰¹⁾. Aprender en colectivo todas las posibles situaciones que conllevan a la victimización secundaria le propició al grupo realizar un cambio de visión sobre el cómo evitar su presentación, lo que trascenderá en la mejora de sus prácticas asistenciales.

En relación con la falta de conocimientos del grupo sobre la mujer sobreviviente, se les preguntó acerca de las opiniones que tienen sobre por qué las mujeres no rompen con el vínculo de pareja y obtuvimos las siguientes opiniones: Por su dependencia económica, por no tener otro lugar para vivir con sus hijos, por mantener la unidad familiar, por considerarlos como asunto privado, porque el estado emocional negativo que impera en ellas les entorpece la toma de decisiones, por la baja autoestima, porque tienden a la inseguridad e indecisión.

Fueron verdaderas opiniones referidas a los mecanismos de autoinculpación, al miedo, y hasta, terror a las represalias, al temor a no ser creídas, a no querer someter a un proceso judicial a los padres de sus hijos, a sus pobres recursos psicológicos, que limitan la capacidad de enfrentamiento a las vicisitudes, a los sentimientos de vergüenza por los repetidos intentos de disolver el vínculo sin conseguirlo. Algunas de esas opiniones están moduladas por estereotipos de género. Las representaciones, argumentos y percepciones que poseen los que las emiten acerca del porqué las mujeres mantienen el vínculo con el agresor, no son suficientes. Ello los limita para manejar adecuadamente los casos. La reflexión y análisis acerca de estas causas, que impulsan a las mujeres victimizadas a mantener el silencio, hasta frente a los especialistas, motivó a la autora a incorporar el tema en el protocolo de asistencia psicológica a estas pacientes.

En relación con la sugerencia de integrar el tema de la violencia a los programas de Droga, Alcoholismo, de la Conducta Suicida y el de Rehabilitación Psicosocial se adujo que cuando el nivel de alcohol alcanza el 0.05% en la sangre aparecen cambios en el estado afectivo y se ve disminuida la crítica fina. El consumo de

drogas acarrea graves consecuencias conductuales que provocan grandes sufrimientos a los cónyuges. Los pacientes con trastornos mentales crónicos sufren rechazo, abandono, humillaciones, aislamiento y otras agresiones. En el programa de prevención del suicidio, se tuvieron en cuenta las situaciones que desencadenan la conducta suicida, entre ellas, las manifestaciones depresivas y el enfrentamiento a situaciones conflictivas de notable trascendencia en sus relaciones vitales, que justifican la integración del tema en estos programas.

La moderadora argumentó que en el estudio realizados a los líderes formales de la comunidad, estos actores sociales ubicaron a las mujeres violentadas físicamente en su comunidad, en familias de las cuales el 45% tenían miembros alcohólicos y con conductas desviadas y, en un 10%, pacientes portadores de enfermedades mentales crónicas. En los siete homicidios intencionados cometidos contra mujeres por sus parejas, en el pasado año, los homicidas se encontraban bajo los efectos del alcohol. En un 37.5% de los casos de mujeres maltratadas físicamente, el esposo tenía signos de embriaguez. Si tenemos en cuenta que estos sujetos son portadores de trastornos de conducta ocasionados por el uso excesivo y consistente de cualquier droga, la incorporación del tema de violencia a esos programas es una prioridad.

Los resultados presentados en el análisis anterior responden las interrogantes científicas que se realizaron al inicio del presente trabajo sobre los factores que se asocian a la violencia de pareja en los diferentes niveles. En el nivel individual, las particularidades personológicas y el comportamiento que asumen las mujeres frente a la violencia de pareja. Entre los factores relacionales, las respuestas brindadas por el Sector de la Salud a este fenómeno, las opiniones, saberes, argumentos y actuaciones que tiene la comunidad sobre el problema, retardan el rompimiento de las mujeres maltratadas con las relaciones abusivas. Para enfrentar esa situación se estableció el conjunto de actuaciones integradas.

Reflexiones de la autora acerca del trabajo investigativo.

Al realizar un análisis crítico de los resultados de este trabajo consideramos beneficioso el haber contribuido a la realización de acciones para mejorar la protección de las mujeres maltratadas, disminuir la re-victimización, elevar la percepción y recepción del apoyo social y facilitarles a los prestadores de los servicios de salud conocimientos sobre cómo tratar a una mujer victimizada por su pareja.

Efectuar este estudio nos permitió profundizar en los conocimientos en diferentes ramas del saber y asistir a las mujeres que sufren por la violencia nos reportó ganancias, tanto a nivel afectivo como conductual, puesto que nos engrandeció espiritualmente, potencializó nuestros valores humanos y generó en un compromiso general y permanente de caminar con ellas y acompañarlas en la defensa de sus derechos y hacer realidad sus aspiraciones de vivir una vida sin violencia.

CONCLUSIONES

El desarrollo de esta investigación nos ha permitido arribar a las siguientes conclusiones:

- 1) Este estudio ha contribuido a la conceptualización de la violencia hacia la mujer por su pareja y en el conocimiento de los factores que influyen en la población cienfueguera en su presentación.
- 2) Se demostró, a partir de los resultados obtenidos, que los factores no estudiados; tanto en el nivel personal (dimensión motivacional y recursos personales); relacional (recepción de apoyo familiar, desempeño de los roles y acceso y control de los recursos); comunitario (las percepciones, opiniones, argumentos y actuaciones); y sistemas de servicios de salud (recursos materiales y técnicos, las relaciones y el proceso), influyen en la violencia sobre la mujer por su pareja, en nuestro contexto.
- 3) La complementariedad de diseños de investigación, la combinación de fuentes y tipos de información, facilitaron integrar el conjunto de estos factores en cuatro dimensiones: la comunidad, los sistemas de servicios de salud, las relaciones con la familia de origen y con la pareja y las individuales, con énfasis en las particularidades psicológicas de las mujeres maltratadas, lo que permitió la obtención de un Modelo multidimensional original que profundiza en la explicación, comprensión y transformación del problema.
- 4) La metodología empleada en esta investigación demostró ser acertada, viable y practicable para diseñar, llevar a la práctica y evaluar un conjunto de acciones articuladas, integrales y sistemáticas que facilitan la sensibilización, concientización, movilización y negociación en el manejo de esta situación, en la Atención Primaria de Salud del municipio de Cienfuegos, basadas en conceptos aplicables a nuestra realidad.
- 5) La implementación de las acciones en tres ámbitos de actuación modificaron positivamente:

- la información-comunicación-educación a través de la elaboración y socialización de materiales educativos en diferentes formatos con responsabilidades compartidas entre diferentes sectores y de una Guía metodológica para ofrecer una Primera Ayuda, Consejería y un Sistema de Influencia Psicológica para asistir a las mujeres maltratadas.
 - La reorientación de los servicios de la Policía, de Salud, y de Fiscalía, la interrelación entre ellos, el lugar, las condiciones y los recursos disponibles para atender a las mujeres que sufren de violencia.
 - Los indicadores propios del Sistema de Servicios de Salud, a través de la disponibilidad, la detección, diagnóstico precoz, la calidad de la atención y en la capacidad técnica de los proveedores. En el proceso se constata la mejora en la ampliación en la cobertura de programas, mecanismos de coordinación y transferencia de tecnología.
 - En el campo de la capacitación, se impartieron talleres, conferencias, encuentros a estudiantes, a profesionales de diferentes disciplinas y a la población en general.
 - La capacitación proporcionó un cambio de mirada del problema en los diferentes gestores y actores sociales de la localidad abriendo las puertas en los sectores para mejorar el manejo desde la transdisciplinariedad y la participación de la comunidad.
- 6) El modo sistemático y continuo en que se desarrolló esta investigación permitió la reprogramación de las actuaciones lo que amplió la posibilidad de perfeccionar las acciones.

RECOMENDACIONES

- Continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a profundizar en el estudio de otros factores asociados al problema que necesitarán para su conocimiento de la aplicación de otros diseños de investigación y técnicas de indagación.
- Realizar consultas con expertos para validar el modelo propuesto.
- Ampliar las modalidades de intervenciones psicoterapéuticas que tengan en cuenta tanto a las víctimas como a los victimarios.
- Iniciar investigaciones dirigidas a los victimarios que permitan diseñar e implementar acciones que mejoren las relaciones abusivas de pareja.
- Establecer vínculos con las direcciones de las modalidades formativas de estudiantes y profesionales en las disciplinas de las Ciencias Médicas para que se incorpore el tema en asignaturas afines y se imparta en los programas de maestría.
- Difundir las experiencias obtenidas en este estudio a otros contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) UNIFEM. Violence against Women. [Página Principal de un sitio Web]. New York: UNIFEM; 2008 [citado 12 junio 2009]. Disponible en: http://www.unifem.org/gender_issues/violence_against_women/
- 2) Moreno J, Delgado E, Guía de recursos para mujeres víctima de violencia. Granada: Consejería de la mujer; 2003.
- 3) Larizgoitia P. La violencia es también un problema de salud pública. Gac Sanit 2006; 20(supl 1):63-70.
- 4) Pérez Perdomo R. Protocolo Agencial de Intervención Integrada con Víctimas / Sobrevivientes de Violencia Domestica. [Monografía en Internet]. San Juan: Departamento de Salud; 2002 [citado 17 diciembre 2009]. Disponible en:
<http://www.salud.gov.pr/Services/ProtocolosMedicos/Protocolos/Protocolo%20agencial%20del%20DS%20con%20VD.pdf>
- 5) Ruíz I, Blanco P, Vives C. Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sanitarias. Gac Sanit. [Seriado en internet]. 2004 [citado 19 junio 2009]; 18 (suppl 2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000500003&script=sci_arttext
- 6) Alfonso Rodríguez AC. Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. Rev Cubana Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 2 octubre 2009]; 32(1):[aprox. 28 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000100010&script=sci_arttext
- 7) Rubiera D. Desafío al Silencio. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2010. p. 96-7.
- 8) Artilles L. La Sexualidad como determinante social de la Salud y su consideración en las Políticas Públicas. Rev Sexología y Sociedad. Ago 2008;(37):5-7.
- 9) Artilles L. Desafíos para el Caribe a 10 años de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo del Cairo, Egipto. Rev Panamericana de Salud Pública. 2004; 15(2): 140-144.
- 10) Brautigam C. Legislative Reform to Achieve Human Rights: The Example of Violence Against women. Report of the Conference Legislative on Reform to Achieve Human Rights. Expert Consultation and

Panel Discussions, 18-19 Nov. 2008; Estados Unidos. [Monografía en Internet]. New York: UNICEF; 2008 [citado 19 mayo 2009]. Disponible en: http://www.unicef.org/policyanalysis/files/Final_Report_-_LRI_Conference.doc

- 11) Organización Panamericana de la Salud. La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos. Revista Futuros. [Seriado en Internet] 2005 [citado 2 septiembre 2009]; 3 (10): 1-4. Disponible en: http://www.revistafuturos.info/raw_text_Fraw_futuro/Fviol_mujer.doc.
- 12) López Angulo L. Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. Rev Electr MEDISUR. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 11 noviembre 2009]; 7(5): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/viewArticle/805/5483>
- 13) Duque LF, Montoya NE. La violencia doméstica en Medellín y demás municipios del Valle de Aburrá, 2003-2004. Rev Fac Nac Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2008 [citado 18 noviembre 2009]; 26 (1): 1-412. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v26n1/v26n1a04.pdf>
- 14) Alda E, Beliz G. ¿Cuál es la salida? La agenda inconclusa de la seguridad ciudadana. [Monografía en internet]. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007 [citado 25 noviembre 2009]. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1574472>
- 15) Núñez I, López Angulo L. Componentes demográficos de salud y sociales de mujeres denunciantes de la violencia física, del municipio de Cienfuegos. 2002. [Tesis]. Policlínico Docente Comunitario Área 4. Cienfuegos.
- 16) López Angulo L, González Moreno L, Apolinaire Pennini JJ. Impacto sobre la esfera afectiva en mujeres sobrevivientes de la violencia física y sexual en el Municipio de Cienfuegos. Rev Hosp Psiquiátrico de la Habana. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 12 enero 2010]; 6(3): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/>
- 17) Hannan C. Thirty-eighth session of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, 1 June 2007. New York: Division for the Advancement of Women; 2007.

- 18) Ramis Andalia RM. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? Rev Cubana Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2004 [citado 12 noviembre 2009]; 30(3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu10304.htm
- 19) Moreno F. La Violencia en la Pareja. Rev Panamericana de Salud Pública. 1999; 5 (4/5): 245-258.
- 20) Vives-Cases C, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. La Epidemia por la Violencia del compañero íntimo. Gac Sanit. [Seriado en internet]. 2007 [citado 19 junio 2009]; 21 (4): [aprox. 24 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 21) World Health Organization. Violence against women. [Página Principal de un sitio Web]. Geneva: World Health Organization; © 2009 [actualizado 18 diciembre 2009; citado 18 diciembre 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- 22) Consuegra M, Hajar M, Valdés R. Programa de Intervención con Mujeres Víctimas de violencia de pareja y con sus agresores. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Comisión de Equidad y Género; 2009.
- 23) Ruíz M, López Angulo L. Superación profesional. Una alternativa para mejorar el manejo de la mujer violentada por su pareja. [Tesis]. Cienfuegos: Universidad de Ciencias Médicas; 2010.
- 24) Alcázar A. Respuesta institucional a la violencia de género. el caso de Andalucía. España. Rev Otras Miradas. [Seriado en Internet]. 2008 [citado 15 junio 2009]; 3 (2): 111-126. Disponible en: http://www.ugr.es/~pfisiem/html/ponencias/RESPUESTA_INSTITUCIONAL_A_LA_VIOLENCIA_DE_G_NERO.Ana_Alc_zar_Campos.pdf
- 25) Javier Labrador F, Fernández-Velasco MR, Rincón PP. Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Int J Clin Health Psychol. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 14 junio 2009]; 6 (3): 527-547. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-190.pdf
- 26) Department of Justice. Prevalence, Incidence, and Consequences of Violence Against Women: Findings From the National Violence Against Women Survey. [Página Principal de un Sitio Web]. Wash-

- ington: National Institute of Justice Centers for Disease Control and Prevention; 1998 [citado 14 junio 2009]. Disponible en: <http://www.ncjrs.gov/txtfiles/172837.txt>
- 27) Ferrer Lozano DM. Alternativa de intervención desde las competencias comunicativas para minimizar la violencia psicológica en parejas rurales y suburbanas. [Tesis Doctoral]. Villa Clara: Universidad Central Marta Abreu de Las Villas Facultad de Psicología Departamento de Psicología; 2009.
- 28) Orozco González MI, Valdés García LE, García Gutiérrez J, Fuentes Sánchez N, Orozco P. Violencia intrafamiliar contra la mujer: Consejo popular Los Maceos, municipio Santiago. En: Terazón Miclín O. Intervención comunitaria e intersectorial por un ambiente saludable. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2000. p. 76-76.
- 29) Ventura Aliello Y, Cervera Estrada L, Díaz Brito Y, Marrero Molina L, Pérez Rivero JL. Violencia conyugal en la mujer. Revista Archivo Médico de Camagüey. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 7 diciembre 2009]; 9(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2005/v9n5/1079.pdf>
- 30) Ortiz Gómez MT, Morales Alemán I. ¿La violencia doméstica es percibida por mujeres de mediana edad? Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 1999 [citado 16 agosto 2009]; 15(5):503-8. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_5_99/mgi02599.htm
- 31) Culay Pérez A, Santana Suárez F, Rodríguez Ferra R, Pérez Alonso C. Mujer y violencia: ¿un problema de salud comunitario? Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2000 [citado 15 agosto 2009]; 16(5):450-4. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi05500.htm
- 32) Lugo Jáuriga BR, Díaz Nogueira N, Gómez Delgado RA, Gutiérrez Zurbarán GT. Violencia intrafamiliar mortal. Rev Cubana Hig Epidemiol. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 15 agosto 2009]; 40 (3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hig/vol40_3_02/hig05302.htm
- 33) Del Valle Llagostera JG, Álvarez Guerra OM, Mónica Callejas Martínez Y, Castañeda Deroncelé M, Suárez Borges M. Cambios de actitudes sobre la percepción de la violencia intrafamiliar por mujeres víctimas del municipio "Julio Antonio Mella. MEDISAN. [Seriado en Internet]. 2008 [citado 15 agosto 2009]; 12(1) [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_1_08/san06108.pdf

- 34) Duany Navarro A, Ravelo Pérez V. Violencia intrafamiliar en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 18 agosto 2009]; 21(1-2): [19 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi041-205t.htm
- 35) Almenares Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez OT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 1999 [citado 19 agosto 2009]; 15(3):285-92. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_3_99/mgi11399.htm
- 36) Rabelo Papua G, Díaz Piñera W, Linares Fernández TME, Díaz Padron H. Lesiones intencionales: la violencia Rev Cubana de Salud y Trabajo. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 14 julio 2009]; 17 (1-2): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol7_1-2_06/rst11106.html
- 37) Valdez Rojas JC, Salazar Lima A, Hernández Morejón E, Domínguez Sánchez M, De la Torre Díañez R, Barbosa Rodríguez D. Violencia Intrafamiliar. Enfoque de género. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 16 julio 2009]; 18 (4): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_4_02/mgi0242002.htm
- 38) Guibert Reyes W, Prendes Labrada MC, González Pérez R, Valdés Pérez EM. Influencia en la salud del rol de género. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 1999 [citado 18 agosto 2009]; 15 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000100002&script=sci_arttext
- 39) Mantilla Acosta A, López Camejo I, Fernández González OL. Violencia en las mujeres del área sur de la provincia avileña en el año 2003. MediCiego. [Seriado en Internet]. 2004 [citado 17 julio 2009]; 10(2): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol10_02_04/articulos/a16_v10_0204.htm
- 40) Valdés Jiménez Y, Padrón Durán S. Violencia intrafamiliar y género: una mirada desde la familia cubana. [Monografía en Internet]. Ciudad de LA Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2005. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/cips/caudales06/fscommand/23VP1525.pdf>
- 41) Durán A, Díaz M, Valdés Y, Padrón S. Convivir en familias sin violencia". Una metodología para la intervención y prevención de la violencia intrafamiliar. [Monografía en Internet].. [Monografía en Internet]. Ciudad de La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2004. Disponible en: <http://www.cips.cu/index.php/metodologias-del-grupo-estudios-sobre-familia?format=pdf>

- 42) Valdés Y. Prevención de la violencia de género en las familias. Una propuesta metodológica. Ciudad de La Habana: Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas; 2011.
- 43) Díaz Tenorio M. Salió un poquito de sangre... pero no era la intención". Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2008.
- 44) Díaz Tenorio M, Durán Gondar A, Chávez Negrín E, Valdés Jiménez Y, Gazmuri Núñez P, Padrón Durán S. Violencia intrafamiliar en Cuba. Aproximaciones a su caracterización. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 2008.
- 45) Kirkwood C. Como separarse de una pareja abusadora. Buenos Aires: Granica; 1999. p. 17-180.
- 46) Neuman E. Victimología". Buenos Aires: Editorial Universidad; 1984.
- 47) MUJERES EN RED [sitio Web en Internet]. C Mujeres en Red 1997-2002. Arrufat Gallén VA, Altable Vicario C, Galindo Suay M, Huertas Zarco M, Moreno Hernandez C, Latorre Plumed L, et al. Consenso sobre la introducción a las causas y soluciones de la violencia psicosexual hacia las mujeres. Primeros resultados del estudio Delphi. [Citado 2 noviembre 2009]. Disponible en:
<http://www.nodo50.org/mujeresred/v-documentacion.htm>
- 48) Arocho DM. La Mujer como objeto y sujeto de la violencia, apuntes para una reflexión. La Habana: UNICEF; 1999.
- 49) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Estado del Arte de la Violencia intrafamiliar y sexual de Nicaragua. Monografía en Internet. Managua: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2008 [citado 25 noviembre 2009]. Disponible en:
http://www.puntos.org.ni/sidoc/descargas/marketing/materiales/documentos/Estado_del_Arte.swf
- 50) González M, Iracheta P. La violencia en la vida de la mujer campesina: el distrito de Tenengo, 1880-1910. [Monografía en Internet]. London: Institute of Latin America; 2009 [citado 14 octubre 2009]. Disponible en <http://www.sas.ac.uk/ilas.htm>
- 51) Bosch FE. La violencia de Género; de cuestión privada a problema social. Rev Intervención Psicosocial. 2001; 9(1):7-19.

- 52) Hernández Fox LA. Mujer y violencia en la Cuba decimonónica: el caso de María Pérez. Rebelión. [Periódico en Internet]. 2006 Nov 20; Secc. Feminismos. Disponible en:
<http://www.rebelion.org/noticia.php?id=41419>
- 53) Stoppard M. Guía de la Mujer. Barcelona: San Sebastian; 1985. p. 314-390.
- 54) Mazzini P. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la mujer, Rev. Atticus [Seriado en Internet]. 2011 Nov. 24th [citado 8 junio 2010]. Disponible en <http://revistaatticus.es/page/15>
- 55) Marín Díaz ME. Reflexiones: ¿El maltrato es un problema de Salud? Rev Habanera Ciencias Médicas. [Seriado en Internet]. 2007 [citado 17 mayo 2009]; 6(1): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol6_num1/rhcm02107.htm
- 56) Alfonso A. Del Silencio a la Palabra. Rev Sexología y Sociedad. 2008; 14(38): 38-40.
- 57) Ortiz A. Violencia doméstica. Modelo multidimensional y programa de intervención. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2005.
- 58) Vives Cases C, Gil González D. La violencia contra las mujeres como problema de salud: ¿un asunto cuestionable?. Gaceta Sanitaria. [Seriado en Internet]. Nov-dic. 2008 [citado 2 octubre 2009]; 22(6): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600021&script=sci_arttext
- 59) Ortega-Ceballos PA, Mudgal J, Flores I, Rivera-Rivera L, Díaz-Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS morelos. Salud pública Méx. [Seriado en internet]. 2007 [citado 19 junio 2009]; 49 (5): [aprox. 17 p.]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000500006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 60) World Health Organization. Pan American Health Organization. 48th Directing Council 60th Session of the Regional Committee. [Monografía en Internet]. Washington: World Health Organization: Pan American Health Organization; 2008 [citado 6 octubre 2009]. Disponible en:
<http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-20-e.pdf>
- 61) Organización de Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, ONU A.G. res. 34/180, 34 U.N. GAOR. [Seriado en Internet]. 1981 [citado 7

- octubre 2009]; Supp. (No. 46): 193. Disponible en:
<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/se1cedaw.html>
- 62) Drug E. World Report on Violence. [Monografía en Internet]. Geneva: World Health Organization; 1999 [actualizado February 24, 2009; citado 6 octubre 2009]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/nchs/data/ice/ice95v3/99ch25.pdf>
- 63) Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Programas de Políticas Públicas y Salud: División de Salud y Desarrollo Humano "Juntos Hacia el Siglo XXI". 1ra. Conferencia Interparlamentaria de Salud, 12-15 mayo 1999. Ciudad de La Habana: OMS: OPS; 1999.
- 64) De la Torre E, López C, Marqués M, Gutiérrez J, Rojas F. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2005.
- 65) Martínez C. Salud Familiar. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2003. p.123.
- 66) García de la Torre AS. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. Cuad Med Forense. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 9 abril 2009]; (43-44): [aprox. 18 p.]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-76062006000100011&script=sci_arttext
- 67) Castro Santander A. Violencia silenciosa en la escuela. [Monografía en internet]. Buenos Aires: Bonum; 2007 [citado 24 junio 2009]. Disponible en:
<http://www.google.com/books?hl=es&lr=&id=uGBflzplhHQC&oi=fnd&pg=PA7&dq=trastornos+emocionales,+de+conducta,+abandono+escolar,+bajo+rendimiento+acad%C3%A9mico+%2B+maltrato+intrafamiliar&ots=qSWThZml3w&sig=RrZQmiw82WfZkqN1X8pAdtKdQME#v=onepage&q=&f=false>
- 68) Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 10ma. Ed. Washington: Organización Panamericano de la Salud; 1992. (Publicación Científica; No. 554).
- 69) Lorne G. Dominicans recover their memory. The Courier UNESCO. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 13 septiembre 2009]; (9): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID%3D46269%26URL_DO%3DDO_PRINTPAGE%26URL_SECTION%3D201.htm
- 70) Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.

- 71) Johnson H, Ollus N, Nevaba S. Violence Against Women an International Perspective. New York: Editorial Springer; 2007.
- 72) Artiles de León I. Salud y Violencia de Género. [Página Web en Internet]. [Citado 2 oct 2009]. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/cenesex/salud_violencia/salud_violencia.htm
- 73) Ferrer Pérez VA, Bosch Fiol E, Ramis Palmer MC. La formación de los/as profesionales de la salud para afrontar la violencia contra las mujeres en la pareja. Clínica y Salud. [Seriado en internet]. 2008 [citado 18 junio 2009]; 19 (1): 59-81. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1806/180613876003.pdf>
- 74) Reyes Sigarreta M, Sánchez Santos L, Del Puerto Quintana C, Trujillo Merás M, Moreno Carbonell C, Cruz Acosta A. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo GI. Fundamentos de Salud. T. 1. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004. p. 174-376.
- 75) Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Caso Cuba. Ciudad de La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 2005.
- 76) Moreno Manso JM. Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. Enseñanza e Investigación en Psicología. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 19 junio 2009]; 11 (2): 271-292. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29211205.pdf>
- 77) Fernández Couce G, Perea Corral J. Maltrato infantil físico en pacientes diagnosticados en el Hospital Pediátrico "Juan M. Márquez", 1996-1998. Rev Cubana Pediatr. 2004 [Seriado en internet]. 2004 [citado 13 septiembre 2008]; 76 (4): [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol76_4_04/ped02404.htm
- 78) Artiles Visbal L, Navarro Despaigne DA, Manzano Ovies BR. Género, categoría de impacto en la criticidad del síndrome climatérico. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998; 14(6):527-32.
- 79) Corsi J. Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. México: Editorial Paidós; 1995.
- 80) Corsi J. Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2005. p.13-5.

- 81) Calquín Donoso C, Chávez Cerda A. Perfil Psicosocial de la Población Usuaria del Programa de Atención y Prevención de Violencia Intrafamiliar durante el Año 2006 en Lo Espejo, Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Ter Psicol.* [Seriado en Internet]. 2007 [citado 15 agosto 2009]; 25 (1): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082007000100007&script=sci_arttext
- 82) Casique Casique L, Ferreira Furegato AR. Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas. *Rev Latinoam Enfermagem.* [Seriado en Internet]. 2006 [citado 15 octubre 2009]; 14(6): 116-123. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n6/es_v14n6a18.pdf
- 83) Nóbrega Mayorga M, Muñoz Valera PV. Una aproximación cualitativa a la violencia hacia la mujer en un asentamiento humano de Villa El Salvador. *LIBERTAD.* [Seriado en Internet]. 2009 [citado 14 octubre 2009]; 15 (2): 95-108. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/dfichero_articulo?codigo=3124718&orden=0
- 84) Bahamón Luz M. Transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar: evidencia para las familias colombianas. *Desarrollo y Sociedad.* [Seriado en Internet]. 2005 [citado 15 octubre 2009]; (56): 285-337. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1691/169114671008.pdf>
- 85) Rojas M. *Violencia y Género.* Ciudad Panamá: Editorial EPASA; 2001.
- 86) Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de México.* [Seriado en Internet]. 1998 [citado 12 noviembre 2009]; 40(6): 481-486. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400604.pdf>
- 87) Díaz Llanes G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17(6):572-9.
- 88) Rodríguez Calzadilla A, Valiente Zaldívar C, Tan Castañeda N. Las familias saludables y los factores determinantes del estado de salud. *Rev Cubana Estomatol.* 2001; 38(3):165-69.
- 89) González Rey F. Personalidad y salud: la dimensión subjetiva en la salud humana. *Rev Cubana Psicol.* [Seriado en internet]. 1994 [citado 12 septiembre 2008]; 11 (2-3): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0257-43221994000200005&script=sci_arttext&tlng=es

- 90) Díaz Gómez A, González Rey F. Subjetividad: una perspectiva histórico cultural. Univ Psychol Bogotá. [Seriado en internet]. 2005 [citado 19 octubre 2008]; 4 (3)_373-383. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/647/64740311.pdf>
- 91) Fernández L. Pensando en la Psicología. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 48.
- 92) González DJ. Psicología de la Motivación. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 153.
- 93) Fernández L. Presupuestos para un Enfoque personológico de las relaciones de pareja. En: Personalidad y Relaciones de Pareja. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006. p. 40.
- 94) Lacruz T. Haciendo de la Violencia Familiar: un asunto público. La experiencia de Québec. Temas de Coyuntura. 2007 jun; (55): 57-88.
- 95) Barrientos de Llano G, Clavijo Portieles A. Violencia y Salud Mental. En: Alvarez Sintés R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD. Medicina General Integral: Principales afecciones en el contexto familiar y Social. T. 3. 2da. ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 288 – 294.
- 96) Rojas M. Violencia y Género. Ciudad de Panamá: Editorial EPASA; 2001.
- 97) Alvarado-Zaldívar G, Salvador-Moysén J, Estrada-Martínez S, Terrones-González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública de México. [Seriado en Internet]. 1998 [citado 12 noviembre 2009]; 40(6): 481-486. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400604.pdf>
- 98) Pérez del Campo AM. Una cuestión incomprensible: el maltrato a la mujer. Madrid: Ediciones Horas y Horas; 2002. p. 43-213.
- 99) Carrizo González-Castell A. El protocolo común de asistencia sanitaria frente a la violencia de género y la necesaria formación en materia jurídica de los profesionales de la salud (I). Actualidad del Derecho Sanitario. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 14 octubre 2008]; (162): 501-509. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3034163>

- 100) Pérez Martínez VT, Hernández Marín Y. La violencia psicológica de género, una forma encubierta de agresión. Rev Cubana Med Gen Integr. [Seriado en Internet]. 2009 [citada 21 julio 2009]; 25 (2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol25_2_09/mgi10209.htm
- 101) Aguilera Batallan NR, Infanzón Lorenzo NE, Gómez Vázquez YE, Galceran Muñoz L, Martínez Lozada PR. Caracterización de la violencia hacia la mujer atendidas en el municipio Holguín de junio a diciembre de 2007. Correo Científico Médico de Holguín. [Seriado en Internet]. 2009 [citado 18 septiembre 2009];13(2): [aprox. 19 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132ori6.htm>
- 102) Corsi J. Violencia familiar: una lacra social a erradicar. Rev DEBATS. 2000; (70-71): 112-115.
- 103) Fernández L. Tendencias históricas y Contemporáneas: Ruptura, confluencia y continuidad. En: Pensando en la Personalidad. Ciudad de La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 214.
- 104) Blanco J, Maya J. Fundamentos de Salud Pública. T. II. En: Administración de servicios de salud. Medellín: Ed. Corporación para investigaciones biológicas; 2005. p.14.
- 105) Fernández Poncela AM. Violencia de género: Políticas, leyes y refranes. Casa del Tiempo. [Seriado en Internet]. 2008 [citado 6 septiembre 2009]; 4(2): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/04_iv_feb_2008/casa_del_tiempo_eIV_num04_02_07.pdf
- 106) Fernández K, Escobar O. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. Bogotá: Universidad Pontificia; 2000.
- 107) Corral R. Historia de la Psicología. Apuntes para su estudio. Ciudad de La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p.112.
- 108) Cantú Martínez PC, Moreno García D. Contexto y tendencias de la violencia familiar. RESPYN. [Seriado en Internet]. 2004 [citado 12 noviembre 2009]; 5 (4): 1-7. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd42/familiar.pdf>
- 109) Ferrer D, Gonzáles M. Género y Violencia: Nuevas miradas a una vieja relación. Rev Sexología y Sociedad. 2008; 14 (37): 1.
- 110) García Moreno C Violencia contra la mujer. Género y Equidad en salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000. p. 3-10.

- 111) Organización Panamericana de la Salud. Roles de género, acceso y control sobre recursos, y estereotipos de planificación. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
- 112) Oaxaca Ayala F, Cantú Martínez PC, Hernández Torres U. Conocimiento y actitud ante la violencia familiar del personal de salud de unidades de primer nivel de atención de un programa universitario de salud. RESPYN. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 2 noviembre 2009]; 6 (1): [aprox. 9 p.]. Disponible en:
Enero - Marzo 2005. <http://www.respyn.uanl.mx/vi/1/articulos/violencia.htm>
- 113) Casales A. Estrés. En: Núñez Villavicencio F. Psicología y Salud. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2001. p 264-9.
- 114) González RF. Psicología. Principios y categorías. La Habana: Pueblo y Educación; 1989. p. 74.
- 115) Fernández L. La Personalidad: Algunos aspectos en su comprensión. En: Psicología general. Ciudad de La Habana: Editorial Félix Varela; 2003. p. 17-85.
- 116) Hernández E. Psicología de la Salud: material de apoyo para la maestría. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003. p. 20.
- 117) Grau J. Estrés, salud y enfermedad. Ciudad de la Habana: Escuela Nacional de Salud pública; 1998. p. 17-29.
- 118) Grau Abalo J, Hernández Meléndez E, Vera Villarroel P. Estrés, saludtogenesis y vulnerabilidad. En: Psicología de la Salud. México: Universidad de Guadalajara; 2005. p. 113-178.
- 119) Calviño M. Análisis Dinámico del Comportamiento. Ciudad de LA Habana: Editorial Félix Varela; 2002. p. 144.
- 120) Reyes R. Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social. México: Editorial Plaza y Valdés, 2009. Violencia; p. 168.
- 121) Jaramillo-Velez DE, Ospina-Munoz DE, Cabarcas-Iglesias G, Humphreys J. Resiliencia, Espiritualidad, Aflicción y Tácticas de Resolución de Conflictos en Mujeres Maltratadas. Rev Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 25 septiembre 2009]; 7(3): 281-292. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=es

- 122) Louro Bernal I. Modelo de Salud Familiar Rev Cubana Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 12 octubre 2009]; 31 (4): [aprox. 12p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 123) .- Rojas Ochoa F. Problema de Salud. Rev Cubana Salud Pública. [Seriado en Internet]. 2008 [citado 12 octubre 2009]; 34 (2): [aprox. 6 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 124) Balcazar FE. Investigación acción participativa (iap): Aspectos conceptuales y dificultades de implementación. Fundamentos en Humanidades. [Seriado en Internet]. 2003 [citado 25 noviembre 2007]; IV (7-8): 59-77. Disponible en:
http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?articulo=1272956&orden=65896
- 125) Gómez M, Pérez L. La Investigación en la acción: Un paradigma para el trabajo social. Oviedo: UNED; 1990.
- 126) Álvarez González A. La Investigación Cualitativa. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2007.
- 127) Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Editorial Aljibe; 1999.
- 128) Ücar X, Llena Berñe A. Miradas y diálogos en torno a la acción comunitaria. [Monografía en internet]. Barcelona: Editorial Graó, de IRIF; 2006 [citado 6 febrero 2007]. Disponible en:
<http://books.google.ca/books?hl=es&lr=&id=Kca49Ly050UC&oi=fnd&pg=PA46&dq=La+Investigaci%C3%B3n+accion+en+busca+de+la+transformaci%C3%B3n&ots=iTt5i2ldFs&sig=PsN6Jz2-l4QsjdFU05clCb5t-5Q#v=onepage&q=&f=false>
- 129) López Angulo L. Compendio de instrumentos de evaluación psicológica. Ciudad de La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010.
- 130) Alguacil Gómez J, Basagoiti Rodríguez M, Bru Martín P, Camacho Gutiérrez P. Investigación-acción participativa en el barrio de San Cristóbal de los Ángeles (distrito de Villaverde, Madrid). Cua-

- ernos de Trabajo Social. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 16 julio 2007]; 19 (3): 331-346. Disponible en: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/trs/02140314/articulos/CUTS0606110319A.PDF>
- 131) Cortés M, Iglesias M. Generalidades sobre Metodología de la Investigación. Universidad Autónoma de Carmen. México: Editorial UNACAR; 2005.
- 132) Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Madrid: Paidós; 1987.
- 133) Astier M, Almedom, Ursula Blumenthal, y Lenore Manderson. Métodos y herramientas para investigar el contexto. En: Procedimientos para la Evaluación de la Higiene. [Monografía en internet]. London: School of Hygiene & Tropical Medicine; 1997 [citado 17 octubre 2007]. Disponible en: <http://www.unu.edu/Unupress/food2/UIN13S/uin13s00.htm#Contents>
- 134) Bertoldi S, Fiorito ME, Álvarez M. Grupo Focal y Desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. Ciencia, Docencia y Tecnología. [Seriado en Internet]. 2006 [citado 25 feb 2006]; XVII(033):[aprox. 18 p.]. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14503304>
- 135) Canales M. El Grupo de Discusión y el Grupo Focal. En: Metodología de investigación social. [Monografía en internet]. Santiago de Chile: LOM Canales; 2006. p. 265-287. Disponible en: <http://www.esnips.com/nsdoc/7271c5f0-c4bb-4fa6-b0bb-0a3b7a9b1e62>
- 136) Martínez M. Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación. HETEROTOPIA. [Seriado en Internet]. 2004 [citado 21 septiembre 2007]; 26:[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html>
- 137) Ehuletche A, Terroni N. La técnica del grupo nominal analizada desde los efectos de la interacción social en grupos colaborativos. Perspect. Psicol. (Mar del Plata). 2004; 1(1):47-52.
- 138) Martínez S. Análisis de situación de salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2004.
- 139) Papeles del psicólogo [sitio Web en Internet]. C 2004. Matu MP, Belén Gutiérrez A, Padilla V. Intervención Psicológica en mujeres maltratadas por su pareja. [Citado 12 dic 2009]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1155>
- 140) Asociación de ayuda a la mujer maltratada [página Web en Internet]. [Citado 12 dic 2009]. Disponible en: <http://mural.uv.es/margua/aamm.htm>

- 141) Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com [sitio Web en Internet]. Fajardo JP, Fernández K, Escobar OB. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. [Citado 10 oct 2009]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
- 142) Echeburúa Odriozola E, Corral Gargallo P de, Amor Andrés PJ. Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 12 oct 2009];1(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1252853>
- 143) Cuba. Oficina Nacional de Estadística. Ciudad de La Habana: Centro de estudios de Población y Desarrollo; 2003.
- 144) Rivas de Mora S. Violencia doméstica contra la mujer en pacientes femeninas del ambulatorio Belén. Mérida. Venezuela. *MedULA*. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 12 sep 2009];11(1-4): [aprox. 18 p.]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21820/2/articulo1.pdf>
- 145) Tortasa G. ¿La violencia está en auge?. *Rev Hosp Materno Inf*. 1998; 149(170):97-192.
- 146) Luciana L, Saltigeira MT, Romero M, Caballero MA, Martínez NA, Violencia Sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Rev Salud Publ Mejicana*. 2001;43(3):182-91.
- 147) Pérez Perdomo RM. Protocolo agencial de intervención integrada con víctimas / sobrevivientes de violencia doméstica [Monografía en Internet]. San Juan: Departamento de Salud; 2006 [citado 23 ene 2008]. Disponible en: <http://www.salud.gov.pr/Services/ProtocolosMedicos/Protocolos/Protocolo%20agencial%20del%20DS%20con%20VD.pdf>
- 148) Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. México, DF: Population Council, INOPAL III, 1998. p. 24-52.
- 149) Organización Panamericana de la Salud [Sitio Web en Internet]. C 2010 Pan American Health Organization. García-Moreno C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud [monografía en Internet]. 2000 [citado 12 enero 2010]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
- 150) Cervantes C. Identidad Femenina y violencia doméstica. *Rev Sex Soc*. 2000; 6(14):36-8.

- 151) López Angulo L. Mirada Psicológica, con visión de Género, a la mujer maltratada en la relación de pareja [Tesis de Maestría]. Villa Clara Instituto Superior de Ciencias Médicas; 2003.
- 152) López Angulo L, Apolinaire Pennini JJ. Violencia contra la mujer: su dimensión psicológica. Rev Electr Medisur. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 14 septiembre 2009]; 3(2 Supl1): [aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/115/4775>
- 153) Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental y violencia intrafamiliar. [Monografía en Internet]. San José: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud; 2004 [citado 17 febrero 2009]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/Saludmental.pdf>
- 154) Pérez E. Victimología del homicidio contra la mujer en la Ciudad de La Habana. [Tesis]. 2000. Instituto de Medicina Legal. Ciudad de La Habana.
- 155) Oña MC. Victimización familiar y previa en mujeres comisoras de homicidios y asesinatos. [Tesis]. 2001. Fiscalía General de la República. Ciudad de La Habana.
- 156) UNICEF. La mujer en el año 2000: al frente de una nueva era. En: Igualdad, desarrollo y paz. New York: Beijing; 2000. p. 1-23.
- 157) López Angulo L, Apolinari Pennini JJ, Array M, Moya Avila A. Violencia hacia la mujer en la relación de pareja, roles y recursos. Avances en Psicología de la Salud; 6-9 feb. 2006; Cienfuegos, Cuba. Granada: Dpto. Personalidad, Evvaluación y Tratamiento Psicológico; 2006. p. 68.
- 158) González A, Castellanos B. Sexualidad y Género. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2006. p. 98.
- 159) Artilles L, Alfonso A, Sarduy C. Integración de la perspectiva de Género en el desarrollo municipal. Ciudad de la Habana: OPS/OMS; 2000. p. 10.
- 160) Buvinic M. Prevención de la Violencia. Washington: Dpto de Desarrollo Sostenible; 2000.
- 161) Mayorca M. Género: elementos teóricos-conceptuales. Quito: Centro Integral de Promoción de la Mujer y la Familia; 1998.
- 162) Brasileiro AM. Las mujeres contra la violencia, rompiendo el silencio. México: UNICEF; 1998.

- 163) López Angulo L, Apolinaire JJ, Array M, Moya A. Autovaloración en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Medisur*. [Internet]. 2006 [citado 12 oct 2009]; 4(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/171>
- 164) Venguer T, Fawcett G, Vernon R, Pick S. Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud [Monografía en Internet]. México, D.F: Population Council; 1998 [Citado 10 sep 2009]. Disponible en: http://www.femi.com.uy/gen/metas_capacitacion/violencia/Violencia_domestica_un_marco_conceptual.pdf
- 165) Quirós E. El impacto de la violencia intrafamiliar: transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspect Psicol*. [Seriado en Internet]. 2003 [[citado 12 diciembre 2008]; 3-4: [aprox. 18 p.]. Disponible en: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-46902003000100017&lng=pt&nrm=#1
- 166) Patró Hernández R, Corbalán Berná FJ, Limiñana Gras RM. Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilo de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*. [Seriado en Internet]. 2007 [citado 5 diciembre 2007]; 23 (1): 118-124. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16723115.pdf>
- 167) López Angulo L, Apolinari Pennini JJ, Array M, Moya Avila A. Mujeres maltratadas en la relación de pareja: estudio de casos desde la dimensión motivacional. *Revista Sexología y Sociedad*. 2005; 11(28): 63-65.
- 168) Casique Casique L, Furegato ARF. Violencia perpetrada por compañeros íntimos en mujeres. *Index Enferm*. [Seriado en Internet]. 2007 [citado 22 febrero 2008]; 16 (56): [aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000100004&script=sci_arttext
- 169) Claramount MC. Abuso sexual en mujeres adolescentes. Serie Género y Salud Pública. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS. Serie Género y Salud Pública. [Seriado en Internet]. Ago 2000 [citado 11 nov 2009]; (9). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gph9.pdf>
- 170) Clavijo Portieles A. Crisis, Familia y psicoterapia. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2002. p. 40

- 171) Psicocentro.com [Sitio Web en Internet]. C Psicocentro.com 2003 Toledo R. ¿Porqué dejo que me peguen? [citado 12 sep 2009]. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art26002
- 172) Castellano Arroyo M, Lachica López E, Molina Rodríguez A, Villanueva de la Torre H. Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. Cuad Med Forense. [Seriado en internet]. 2004 [citado 15 enero 2008]; (35): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062004000100002
- 173) Matud Aznar MP, Aguilera Ávila L, Marrero Quevedo RJ, Moraza Pulla O, Carballeira Abella M. El apoyo social en la mujer maltratada por su Pareja. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. [Seriado en Internet]. 2003 [citado 29 abril 2007]; 3(3): 439-459. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-81.pdf
- 174) Barrientos G, Clavijo A. Violencia y Salud Mental. En: Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Medicina general integral. Principales afecciones en los contextos familiar y social. [Monografía en internet]. V. III. 2. ed. Ciudad de La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008. p. 288-294 [citado 4 diciembre 2008]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/mgi_tomoiij_seg_edicion/cap108.pdf
- 175) Prías MC. Estrategia Metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel en Cuba. [Tesis]. 2007. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas.
- 176) Canaval GE, González MC, Oliva Sánchez M. Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. Colombia Médica. [Seriado en Internet]. Oct-dic 2007 [citado 12 jun 2009];38,Supl 2(004):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/283/28309808.pdf>
- 177) Echeburria E, Amor P, Corrales P. Mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. Rev Acción Psicológica. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 12 noviembre 2007]; 1(2): 135-150. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1252853>

- 178) Monasterio LA. E s t r u c t u r a s subjetivas y violencia en la pareja. DIALÓGOS. [Seriado en Internet]. 2005 [citado 15 noviembre 2007]; 65 (45): 12-17. Disponible en:
http://www.fpfe.org/dialogos/subjetividad_violencia_velasco.pdf
- 179) Claramunt CM. Mujeres Maltratadas: Guía de trabajo para la intervención en Crisis. San José: Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- 180) Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com [sitio Web em Internet]. Fajardo JP, Fernández K, Escobar OB. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. [Citado 12 jun 2009]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-107-6-estilo-de-vida-perfil-psicologico-y-demografico-de-mujeres-maltratadas-por-su-conyuge.html>
- 181) Violence Against Women: Effects on Reproductive Health. OUTLOOK. [Seriado en Internet]. 2002 [citado 15 enero 2008]; 20(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.path.org/files/EOL20_1.pdf
- 182) Kirkwood C. Como separarse de una pareja abusadora. Buenos Aires: Granica; 1999. p. 17-180.
- 183) Torres P. Estrada F. Violencia en casa. Madrid: Onigraf; 1996. p. 15-6.
- 184) Alcizar A. Proyecto Plan de Salud mental 2009-2011 de la Comunidad de Madrid. Rev Miradas. 2003; 13(12): 153-156.
- 185) OPS. García Moreno C. Violencia contra la Mujer, Género y equidad en la Salud. Publicación Ocasional. [Seriado en Internet]. 2001 [citado 12 octubre 2009]; (6): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm>
- 186) López Angulo L, Apollinaire Pennini JJ, Array M, Moya Ávila A. Respuesta de estrés en la mujer maltratada en la relación de pareja. Una aproximación a su estudio. MEDISUR. [Seriado en internet]. 2007 [citado 6 septiembre 2009]; 5 (1): a228. Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/228>
- 187) López Angulo L, Apolinaire JJ. Visión de género, violencia de parejas y salud. Revista Universidad y Sociedad. 2006; 1(2): 37-39.
- 188) Arango Rojas ME. Rompiendo con la violencia doméstica. [Tesis]. 2004. Universidad de Antioquia, Facultad de enfermería. Medellín. [Citado 12 oct 2009]. Disponible en.
<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/146/1/RompiendoViolenciaDomestica.pdf>

- 189) Rico Galindo B. Participación del sector salud en el combate a la violencia de género: antecedentes y retos para México. "Violencia de género, salud y derechos en las Américas". Simposio 2001. Cancún, Q.R., México, Junio 4 al 7, 2001. [Citado 12 oct 2009]. Disponible en:
<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/mexico1sp.doc>
- 190) Shrader E. Methodologies to measure the gender dimensions of crime and violence [monografía en Internet]. Washington, D.C: Gender Unit, Poverty Reduction and Economic Management, Latin America and Caribbean Region, World Bank; 2001 [Citado 10 sep 2009]. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2001/08/29/000094946_01080704010310/Rendered/PDF/multi0page.pdf
- 191) OPS. Mortalidad por accidentes y violencia en las Américas. Boletín Epidemiológico.[Seriado en Internet]. 1994 [citado 10 sep 2009]; 15(2):[aprox. 32 p.]. Disponible en:
http://www.paho.org/spanish/sha/BE_v15n2.pdf
- 192) eumed.net [Sitio Web en Internet]. Jorge Miguez AN. Águila Urdanivia N, Fernández Hernández T. Marcadores de riesgo para la población adulta. Provincia de Cienfuegos (estudio de caso). Contribuciones a las Ciencias Sociales. Dic 2009 [citado 10 sep 2009]. Disponible en:
www.eumed.net/rev/cccss/06/muh.htm
- 193) Sagot M. Ruta crítica que siguen las mujeres para escapar de la situación violenta. Programa Mujer, Salud y Desarrollo OPS/OMS. Serie Género y Salud Pública [Seriado en Internet]. 2000 [citado 11 nov 2009]; (9). Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDW/rutacritica.pdf>
- 194) II Jornada Científica Estudiantil Virtual de Ciencias Médicas [sitio Web en Internet]. C 2000 Facultad de Ciencias Médicas "Cmdte. Manuel Fajardo". Artilles de León I. Salud y Violencia de Género [conferencia]. [Actualizado 21 abr 2009; citado 12 sep 2009]. Disponible en:
http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias/cenesex/salud_violencia/salud_violencia.htm
- 195) Valle Llagostera JG del, Palú Orozco A, Plasencia Asorey C, Orozco González MI, Álvarez Guerra OM. Modificación de conocimientos de los integrantes del sector sanitario Julio Antonio Mella sobre VIF. MEDISAN. [Seriado en Internet]. 2008;12(2): [aprox. 15 p.]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san02208.pdf

- 196) Orozco M, Fuentes N, García J, Palúa A. Ruta crítica y percepción de la VIF contra la mujer en el consejo popular los Maceos. MEDISAN. [Seriado en Internet]. 2003 [citado 15 octubre 2007]; 7(4):7-13. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol7_4_03/san02403.htm
- 197) Morris C. Psicología. Un Nuevo Enfoque. 7ma. ed. Mexico: Editorial Enrique Jacob; 2000. p. 222.
- 198) Artiles de León JI. Violencia de Género: Obstáculos para su prevención y atención. [Página Web en Internet]. [Citado 12 sep 2009]. Disponible en: http://www.cenesex.sld.cu/webs/Violencia_de_genero_32.htm
- 199) Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia doméstica. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003 [Citado 10 jun 2009]. Disponible en: <http://www.violenciadomestica.org>
- 200) González L, López Angulo L. Repercusión en la esfera afectiva de las mujeres que recibieron violencia física y sexual. [Tesis]. 2005. Cienfuegos.
- 201) Alfonso Rodríguez AC. ¿Quién responde? Algunas reflexiones sobre la salud de quienes prestan servicios de atención a la violencia?. Rev Sexología y Sociedad. Ago 2006;(31):20-27.

- Violencia Económica
Violencia Física/Psicológica.
8. Tiempo transcurrido bajo relaciones violentas.
Uno a tres años Cuatro a seis años seis a diez once y más.
9. Recepción de apoyo familiar. Siempre A veces Nunca
- Instrumental
Emocional
Informativo
Motivacional.
10. Desempeño de los roles. Si No
- Productivo
Reproductivo
Gestión Comunitaria
Productivo/Reproductivo
11. Acceso y Control sobre los recursos.
- | | Uso del recurso | Control del recurso |
|--------------|-----------------|---------------------|
| | Si/No | Si/No |
| Materiales | | |
| Políticos | | |
| Informativos | | |
12. Cualidades Volitivas.
- | | | |
|-------------|------------------------|----------------|
| Dependiente | Bastante independiente | Independiente |
| Segura | Bastante segura | Insegura |
| Constante | Bastante constante | Inconstante |
| Autodominio | Bastante autodominio | No autodominio |
13. Percepción del Apoyo Social.
- Gubernamental
No Gubernamental
Ambos
Ninguno
14. Utilización de los Servicios de Salud en los últimos seis meses.
- | | | | |
|---------------------------|----|--------|-----|
| Consultas Médicas | Si | Muchas | No |
| Ingestión de medicamentos | Si | Muchos | No. |

Anexo 2.

Guía de Entrevista Semi-estructurada para los Actores Sociales.

Compañero/a: La presente encuesta tiene la finalidad de obtener conocimientos sobre el comportamiento de la violencia hacia la mujer por su pareja en su barrio. Las respuestas encontradas en este estudio solo serán utilizadas con fines investigativos. Le solicitamos su colaboración y aprobación para participar en este estudio y le agradecemos su contribución. Usted tiene total libertad de participar o no.

Yo _____ consiento en participar en el presente estudio, después de conocer que las respuestas de esta encuesta serán respetadas y empleadas adecuadamente.

Edad _____

Sexo _____

Cargo que ocupa _____

Nivel de escolaridad _____

La violencia hacia la mujer por su pareja. Un problema de salud, su frecuencia, gravedad y demanda de la actuación de la comunidad ante el problema.

La violencia hacia la mujer por su pareja. Mitos, problema privado de la familia o un problema público y la participación de la mujer en su ocurrencia.

Conocimientos sobre las causas que favorecen la violencia sobre la mujer, sus formas de manifestarse y las legislaciones vigentes en nuestro país que protegen a la mujer.

Las valoraciones de la comunidad sobre la divulgación a través de los medios masivos locales.

Las necesidades de información, sobre cómo ofrecer ayuda a las mujeres maltratadas.

Anexo 3

Guía de Grupo Focal para Educadoras y Promotoras de Salud.

¿Es la violencia sobre la mujer en su relación de pareja, un problema de salud?

¿Es la violencia de pareja un factor intermedio para otros daños a la salud?

¿Cuáles factores se asocian a la presentación de la violencia de pareja?

¿Cómo repercute la violencia en la salud individual y familiar?

Si yo llegara del planeta Martes y quisiera saber cómo son las mujeres maltratadas ¿Qué me responderían las personas?

¿Cuáles actividades se realizan en el sector de la salud para enfrentar este problema?

¿Cómo se realizan las actividades informativas-comunicativas-educativas en los departamentos de Educación y Promoción de la Salud así como los consejeros de las ETS en el tratamiento a este problema?

¿Cuáles razones han limitado las respuestas de sus departamentos ante este evento?

¿Es factible, pertinente y oportuno transferir tecnologías educativas utilizadas en las ETS ante este problema?

¿Existen limitaciones para utilizar las técnicas educativas de las ETS en la violencia a la mujer por su pareja?