

PROPUESTA SOCIOEDUCATIVA DIRIGIDA A LOS/LAS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL DEL MUNICIPIO DE PLAYA PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

MSc. Iyamira Hernández Pita*

Centro de Salud Mental (CENSAM), municipio de Playa, La Habana
arimayi@infomed.sld.cu

* Socióloga, investigadora agregada, profesora auxiliar, especialista del CENSAM.

LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES HA SIDO RECONOCIDA INTERNACIONALMENTE COMO UNO DE LOS PROBLEMAS DE MAYOR IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL DE LAS PERSONAS INVOLUCRADAS. SE REALIZÓ LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA CON PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL (CENSAM) DEL MUNICIPIO DE PLAYA, CON EL OBJETIVO DE DISEÑAR UN PROGRAMA SOCIOEDUCATIVO QUE CONTRIBUYA, DESDE LA FORMACIÓN DE LOS/LAS PROFESIONALES DE LA INSTITUCIÓN, CON UN CAMPO DE ESTUDIO PARA LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES COMO PROBLEMA DE SALUD EN FUNCIÓN DE BUSCAR POSIBLES RESPUESTAS ALREDEDOR DEL RECONOCIMIENTO EXPLÍCITO DE LA VIOLENCIA COMO UN PROBLEMA DE SALUD. POR TANTO, NOS PLANTEAMOS INDAGAR SOBRE LA PERCEPCIÓN QUE TIENEN LOS SUJETOS QUE FORMAN PARTE DE LA MUESTRA EN TORNO A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES E IDENTIFICAR LAS DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES, ASÍ COMO LAS NECESIDADES BÁSICAS Y ESTRATÉGICAS DE APRENDIZAJE. PARA LA EJECUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN-DESARROLLO DESDE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO Y TRANSVERSAL, SE UTILIZÓ UNA METODOLOGÍA CUALITATIVA (MÉTODO IAP) Y UN DISEÑO DE CASOS MÚLTIPLES, CON UNA SELECCIÓN MUESTRAL INTENCIONAL DE SUJETOS TIPOS (61), PROFESIONALES DEL CENSAM. EL DIAGNÓSTICO MOSTRÓ LA EXISTENCIA DE VACÍOS EN EL CONOCIMIENTO DE LOS/LAS PROFESIONALES INMERSOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD PÚBLICA Y ESPECÍFICAMENTE EN LA SALUD MENTAL. EL PROGRAMA OTORGA DESDE LA FORMACIÓN LA ASIMILACIÓN DE SABERES ESPECÍFICOS, CON ENFOQUE DE GÉNERO PARA EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA COMO PROBLEMA DE SALUD.

PALABRAS CLAVES: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, PROBLEMA DE SALUD, PROPUESTA SOCIOEDUCACIONAL

SOCIOEDUCATIONAL PROPOSAL AIMED AT PROFESSIONALS OF THE MENTAL HEALTH CENTER IN PLAYA MUNICIPALITY TO TREAT VIOLENCE AGAINST WOMEN

VIOLENCE AGAINST WOMEN HAS BEEN INTERNATIONALLY RECOGNIZED AS ONE OF THE MAJOR PROBLEMS IMPACTING THE PHYSICAL AND MENTAL HEALTH OF THE PEOPLE INVOLVED. THIS RESEARCH WORK WAS CONDUCTED WITH PROFESSIONALS FROM THE MENTAL HEALTH CENTER (CENSAM) IN PLAYA MUNICIPALITY, WITH THE OBJECTIVE OF DESIGNING A SOCIOEDUCATIONAL PROGRAM THAT CAN CONTRIBUTE, FROM THE TRAINING OF THE INSTITUTION'S PROFESSIONALS, WITH AN AREA OF STUDY TO TACKLE VIOLENCE AGAINST WOMEN AS A HEALTH PROBLEM AND LOOK FOR POSSIBLE ANSWERS IN THE EXPLICIT RECOGNITION OF VIOLENCE AS A HEALTH PROBLEM. THEREFORE, OUR PLAN WAS TO DELVE INTO WHAT PERCEPTION THE SUBJECTS INVOLVED IN OUR SAMPLE HAVE ON VIOLENCE AGAINST WOMEN AND IDENTIFY THE WEAKNESSES, THREATS, STRENGTHS AND OPPORTUNITIES, AS WELL AS THE BASIC NEEDS AND LEARNING STRATEGIES. IN ORDER TO CONDUCT THIS RESEARCH-DEVELOPMENT WORK FROM A DESCRIPTIVE AND TRANSVERSAL POINT OF VIEW, A QUALITATIVE METHODOLOGY (IAP METHOD) AND A DESIGN OF MULTIPLE CASES WERE USED, WITH AN INTENTIONAL SAMPLE SELECTION OF TYPE SUBJECTS (61): CENSAM PROFESSIONALS. THE DIAGNOSIS REVEALED THE EXISTENCE OF VOIDS IN THE KNOWLEDGE OF PUBLIC HEALTH PROFESSIONALS, SPECIFICALLY THOSE INVOLVED IN MENTAL HEALTH. BASED ON TRAINING, THE PROGRAM DEALS WITH THE ASSIMILATION OF SPECIFIC KNOWLEDGE, WITH A GENDER APPROACH, TO TACKLE VIOLENCE AS A HEALTH PROBLEM.

KEY WORDS: VIOLENCE AGAINST WOMEN, HEALTH PROBLEM, SOCIOEDUCATIONAL PROPOSAL

INTRODUCCIÓN

La violencia como forma de relación social está presente de manera naturalizada en nuestra cotidianidad, lo que genera víctimas de las más disímiles características sociales. La violencia contra las mujeres en particular se ha reconocido

en el ámbito internacional como uno de los problemas de mayor impacto en la salud.

Según el anuario estadístico del Ministerio de Salud Pública y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de 2007, sus efectos se pueden ver en todas las partes del mundo. Cada año,

más de un millón y medio de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida, interpersonal o colectiva (WHO, 2007).

La experta en el tema Clotilde Proveyer refiere que en la introducción del Informe de la CEPAL «¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe», se explica:

Entre 1990 y 2007, más de 900 mujeres chilenas fallecieron por causa de homicidio, una gran mayoría víctimas de sus parejas o ex parejas. En Bahamas el feminicidio representó el 42 % del total de los asesinatos en el año 2000, el 44 % en 2001 y el 53 % en 2002; en Costa Rica, llegó al 61 % del total de homicidios de mujeres; en El Salvador, la mitad de los casos de violencia reportados por la prensa en 2005 acabaron en homicidios; en Puerto Rico, 31 mujeres fueron asesinadas como resultado de la violencia doméstica en el año 2004; y en Uruguay una mujer muere cada nueve días como resultado de la violencia doméstica. En todos los casos, mueren más mujeres a manos de sus parejas que a causa de la intervención de desconocidos. Estas cifras suscitan el rechazo generalizado de la población como lo demuestra la encuesta del Latinobarómetro 2006, en que el 90 % de las personas encuestadas considera la violencia intrafamiliar como un grave problema [Proveyer, 2008].

Estas estadísticas exponen por sí solas la gravedad de los daños causados a las mujeres por la violencia de género. Sin embargo, pocas veces analizamos que todas esas situaciones límites estuvieron precedidas y/o acompañadas por otras formas de violencia silenciosa y sutil que van menoscabando la identidad y, por ende, la integridad vital de quienes las padecen. La violencia psicológica tiene el mismo efecto que la gota de agua cuando forma las estalactitas y estalagmitas en las cuevas: es tal su poder que convierte en columnas inamovibles el cristalino líquido que parece inofensivo al caer. Así de peligrosa es esa violencia larvada que se ha naturalizada como atributo masculino de poder en las relaciones de pareja. Así de dañina es la cultura

patriarcal que se reproduce a diario mediante la socialización de género.

El impacto del abuso sobre la salud física, como fue descrito en el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo (OPS/OMS, 1995), puede ser inmediato o a largo plazo. No obstante, las mujeres que sufren de abuso, rara vez buscan atención médica por trauma agudo. Menos de la mitad de las mujeres que han sido abusadas en los Estados Unidos, buscan tratamiento para las lesiones resultantes. Incluso cuando lo hacen, es posible que sus problemas de salud no sean atribuidos a los abusos. Las sobrevivientes de abuso suelen exhibir conductas de salud negativas, que incluyen el consumo de alcohol y otras drogas.

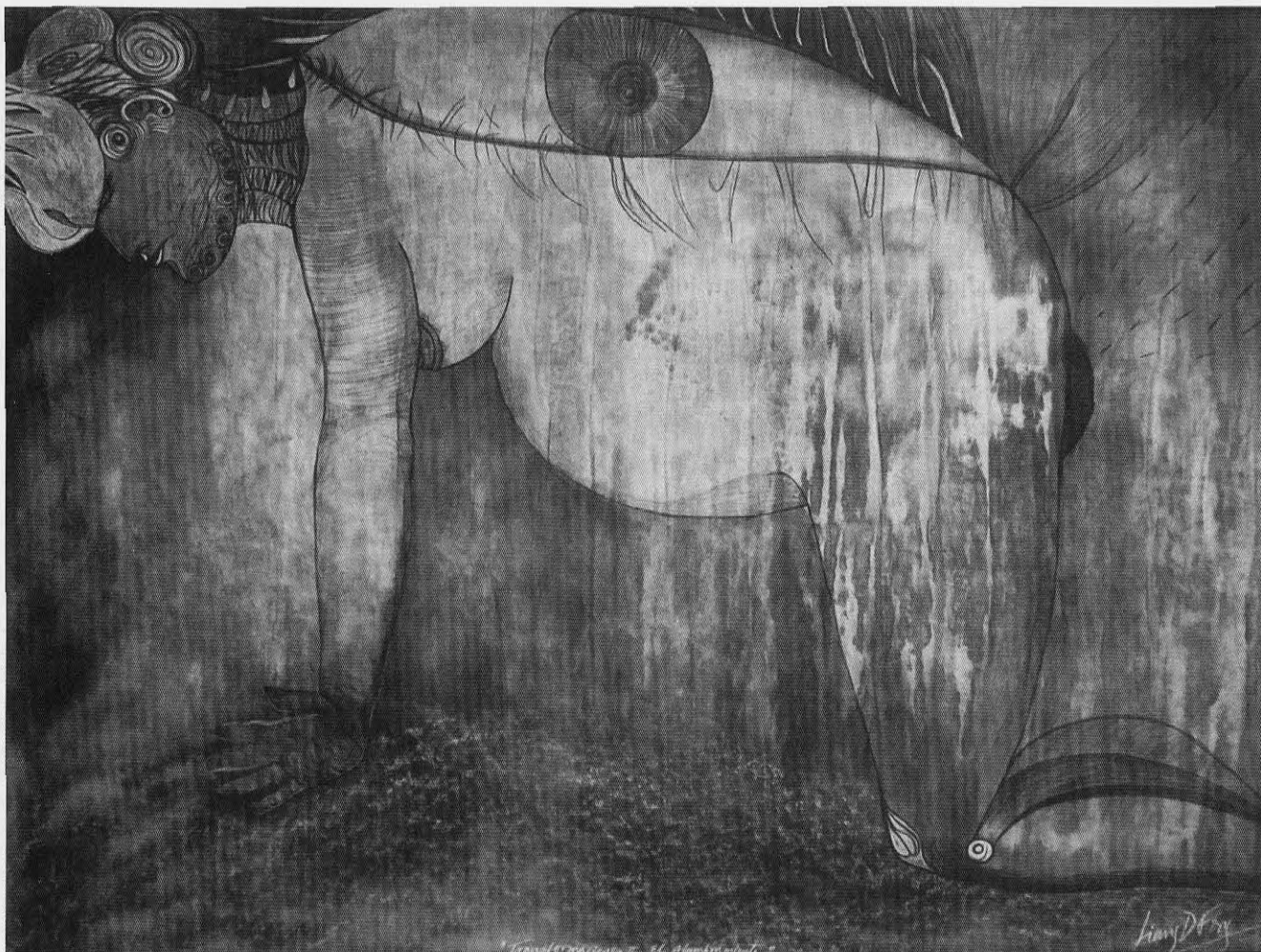
Los problemas de salud a causa del maltrato abarcan dolor crónico (dolores de cabeza, de espalda,...); problemas y síntomas neurológicos, incluidos los desvanecimientos y las convulsiones; trastornos gastrointestinales; problemas cardiovasculares y trastornos psíquicos y en la salud reproductiva. Las mujeres abusadas suelen vivir con temor y sufrir de depresión, ansiedad e incluso estrés postraumático.

En Cuba, la mujer ha alcanzado una relativa autonomía, favorecida a raíz del triunfo revolucionario, que permitió una visibilización de las mujeres como actores sociales importantes en la participación social, bajo un proyecto de equidad participativa.

No obstante todos los espacios alcanzados por la mujer cubana y nuestro proyecto social, que da voz a las mujeres en igualdad de oportunidades para el ejercicio del poder y la participación ciudadana, la violencia aparece en nuestro contexto, porque se trata de una problemática social con un trasfondo sociocultural importante que no solo exige cambios a nivel estructural sino también subjetivo. Todavía perviven mitos que atraviesan el imaginario de las comunidades y modelos de socialización tradicional de género de los cuales emergen las conductas violentas.

¿QUÉ PUEDE APORTAR UN ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA?

Analizar la violencia como problema de salud de las mujeres permite develar que el fenómeno afecta no solo la percepción de salud de quien sufre



los malos tratos en cuanto a sí misma, sino que llega hasta cómo se percibe en su entorno: su inserción y participación en la vida social, en su familia, su comunidad y en las instituciones en las que interactúa en la vida cotidiana.

Considerar e instrumentar la perspectiva de género como una herramienta de análisis y de instrumentación en las políticas públicas en salud, constituye un desafío para la lucha por la salud como derecho ciudadano y bien público. Resulta un deber la instalación perentoria de capacidades para su instrumentación en los diferentes ámbitos de la salud con el fin de que se convierta en la espada necesaria para cortar el nudo gordiano de la inequidad de género en salud (Artiles Visbal, 2009.)

Las mujeres que son objeto de violencia, tienen más probabilidades de sufrir problemas físicos, mentales y de salud reproductiva. Son lesiones físicas las fracturas de huesos y las enfermedades crónicas. Las consecuencias para la salud

reproductiva abarcan trastornos ginecológicos, infecciones de transmisión sexual, embarazos indeseados y problemas con el parto (Organización Mundial de la Salud, 2008).

La violencia en el hogar y la violación representan 5 % del total de problemas de salud entre las mujeres de quince a cuarenta y cuatro años de edad en países en desarrollo y 19 % en países desarrollados. La violencia crea mayores riesgos para la mujer de tener una mala salud física y reproductiva, además las mujeres maltratadas tienen una mala salud mental y un funcionamiento social menos acertado (FLACSO, 2006: 6-9, 51-84).

La depresión es una de las consecuencias más comunes de la violencia sexual y física contra la mujer. Hay muchas más probabilidades de que las mujeres objeto de violencia hagan uso indebido del alcohol y las drogas e informen de disfunción sexual, intentos de suicidio, estrés postraumático y trastornos del sistema nervioso central (Campbell, Kub y Rose, 2008: 106-108).

En el año 2007, según estudio realizado en la provincia de Cienfuegos, existieron aproximadamente 700 denuncias de mujeres hacia sus parejas o exparejas, en este último caso con mayor frecuencia a la Policía Nacional Revolucionaria del municipio. Las tipologías de las denuncias que se presentaron con mayor frecuencia fueron: las amenazas (275 casos), lesionadas (190 mujeres), violentadas en su domicilio (43 mujeres), dañadas (22 mujeres), ejercicio arbitrario de derecho (50 casos) y otras denuncias en 75 casos. Si además tenemos en cuenta que entre los años 2000 a 2007 se produjeron 26 homicidios intencionados por su pareja, 116 mujeres sufrieron lesiones graves, de ellas 79 con secuelas graves y 37 con lesiones graves con peligro para la vida, estamos en presencia de eventos de gran tensión, de pánico en vista de lo que le sucede, que merecen condicionar entornos de mayor apoyo, que amortigüen las consecuencias mortales y no mortales (Angulo López, 2009).

Por todo lo antes expuesto, creemos que la violencia contra las mujeres es un serio problema que afecta la salud, el bienestar y la calidad de vida. Sus consecuencias son devastadoras y llegan a ser mortales. En consecuencia, deben crearse entornos de mayor apoyo institucional que protejan a las mujeres, prevengan nuevas situaciones de maltrato y contribuyan a su sanación. Es urgente contar con servicios oportunos, efectivos y de calidad, desde los cuales podamos: a) obtener tantos conocimientos básicos como sea posible acerca de todos los aspectos de la violencia, mediante la recopilación sistemática de datos sobre la magnitud, el alcance, las características y las consecuencias de la violencia a nivel local, nacional e internacional; y b) llevar a cabo estudios para determinar las causas y los factores correlativos de la violencia, los factores que aumentan o disminuyen el riesgo de violencia y los que pudieran modificarse mediante intervenciones y búsqueda de posibles formas de promoción y prevención.

¿CÓMO SURGE LA PROPUESTA SOCIOEDUCATIVA?

Esta propuesta surge a partir de la experiencia de algunos especialistas del Centro Nacional de Salud Mental (CENSAM), quienes han trabaja-

do en forma de talleres, cursos e investigaciones, específicamente en diferentes instituciones asociadas al nivel primario de atención en salud sobre el tema de la violencia como problema social de salud y de derecho.

Permitió identificar, como puntos de encuentros, vacíos en el conocimiento acerca del tema por parte de las personas con que trabajamos, familiares y especialistas, incluidos los/las médicos/as generales integrales que prestan servicios en las diferentes áreas de atención. Dichos hallazgos estimularon el interés de realizar esta investigación, en el período de 2010-2011, sobre la violencia contra las mujeres y su vínculo con la salud pública y la salud mental, en busca de posibles respuestas que neutralicen las dificultades alrededor de la sensibilización con el tema de los/las profesionales que laboran en el CENSAM del municipio de Playa y que a su vez favorezcan la detección y la atención de las víctimas, a través del diseño de un programa que permita, desde la formación, poner en práctica en la institución el Modelo de Atención Integral a la Violencia y posteriormente pueda extenderse al resto de las instituciones con una misión similar. Con este propósito construimos el siguiente *problema de investigación*.

¿Cómo contribuir a la formación de los/las profesionales del CENSAM del municipio de Playa, para la atención de la violencia contra las mujeres? Como *objetivo general* nos planteamos diseñar un programa socioeducativo que contribuyese a la formación de los/las profesionales del CENSAM para la atención de la violencia contra las mujeres, con el propósito de que se humanice la práctica médica en una dimensión holística.

Para esta investigación de perspectiva fenomenológica se realizó una selección intencional (sujetos-tipo), se definieron los grupos a los que va dirigido el programa y se trabajó solo con 61 sujetos que conformaron nuestra muestra: 16 psiquiatras, (14 mujeres y 2 hombres), 11 psicólogos/as (8 mujeres y 3 hombres), 28 enfermeras/os (25 mujeres y 3 hombres) y 5 médicos/as generales integrales (3 mujeres y 2 hombres) y una trabajadora social, todos profesionales insertados en el CENSAM del municipio de Playa.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

El CENSAM es una institución con más de cuarenta años de fundada, especializada en la asistencia médica a personas con trastornos mentales y afectivos, disfunciones sexuales, estrés y adicciones. Entre sus misiones se encuentra la de contribuir a elevar la calidad de vida de quienes solicitan su atención, así como potenciar la investigación en salud mental. Geográficamente está ubicado al oeste de La Habana, específicamente en el municipio de Playa; al norte colinda con el poblado de Jaimanitas, al sur con la finca del Instituto Cubano del Arte y la Industria Cinematográficos (ICAIC) y al este con otras instituciones del Estado.

Desde un punto de vista infraestructural el Centro está diseñado con una estructura principal que ofrece arquitectónicamente una imagen campestre, con áreas de consulta, docencia, habitaciones, cabañas independientes, extensas áreas verdes y deportivas, incluida una piscina, lo cual permite la restauración de la mente y el cuerpo desde una perspectiva holística de tratamiento.

La técnica participativa (matriz DAFO) se utilizó como recurso didáctico con el fin de identificar las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades.

DEBILIDADES

En cuanto a recursos humanos se constató una insuficiente formación para abordar la violencia con perspectiva de género, pues no existe la inclusión del enfoque de género en el currículo académico de los/las profesionales de ciencias médicas. Los médicos/as, enfermeros/as y la trabajadora social de la muestra de estudio refirieron que «en su formación profesional no reciben preparación con enfoque de género para abordar estos temas», no siendo así con la formación de los/las psicólogos/as, en cuyo plan de estudios está incluido el tema del género, aunque sienten «que no es suficiente, porque no todos, una vez graduados, logran realizar una práctica profesional con enfoque de género».

Se evidenció un tratamiento del problema como perteneciente al ámbito privado, ya que, en el discurso de los sujetos de estudio, se expuso explícitamente «que ellos no tenían derecho a

ahondar en un tema asociado a la intimidad de los individuos y menos a denunciar estos hechos».

Se hizo constar la ausencia de reportes de investigación de muestras representativas de la población nacional y de un sistema único de recogida de datos sobre el problema, lo que limita el conocimiento de la magnitud del mismo, su impacto en la morbilidad y su definición como problema de salud. Expresaron que «a diferencia de otros problemas de salud que cuentan con un programa nacional de promoción y prevención, que implican dispensarización e investigaciones asociadas a sus riegos, la violencia no está incluida, por lo cual no existen reportes obligatorios de atención de las personas afectadas por violencia en diferentes niveles de atención».

La subjetividad de los/las profesionales y los/las productores/as de salud también constituye una debilidad para el abordaje del tema, porque se constató la presencia de mitos y estereotipos sobre la violencia que atraviesan sus prácticas, al referir que «no es un problema que les concierne a ellos sino a la justicia», «no tenemos derecho a invadir la privacidad de las mujeres que nos consultan», «lo nuestro es diagnosticar y curar», «la violencia ocurre en familias con dinámicas disfuncionales», «temen indagar al respecto pues desconocen qué van a hacer si una mujer les contase».

Exponen que se hacen comunes «las escasas denuncias o el retiro de estas por parte de las mujeres que deciden acusar a su agresor ante las autoridades pertinentes, y este hecho limita su reconocimiento como problema».

Crean que la ausencia de los recursos tanto teóricos como metodológicos para la identificación y el abordaje comunitario de la violencia en la formación de especialistas de Medicina General Integral, limita las acciones y respuestas que desde el sector de la salud podrían prevenir, identificar y atender a las víctimas-sobrevivientes en cualquiera de sus manifestaciones sin distinción de sexo, orientación sexual o etapa del ciclo vital.

Se confirmó que existe un insuficiente aprovechamiento de los centros comunitarios de salud mental para la atención a las víctimas-sobrevivientes de violencia y los agresores; al respecto opinaron que «estos espacios, al estar más cerca de la vida cotidiana de las personas, pueden incluir den-

tro de sus prácticas de salud la detección y la atención de la violencia contra las mujeres».

El escaso aprovechamiento de los servicios que ofrece la institución para la atención de las víctimas-sobrevivientes de violencia y los agresores, se evidencia cuando refieren que «nunca habían pensado en las ventajas que puede ofrecer una institución de salud mental para el tratamiento del tema si lo asocian con la sintomatología de las enfermedades mentales: depresión, ansiedad recurrente, miedos permanentes, trastornos de la conducta alimentaria, conductas suicidas o autodestructoras».

FORTALEZAS

Se identifica la existencia de a) programas que posibilitan la transversalización de género; b) resultados de investigaciones acerca del tema; c) elevada cantidad de trabajos sobre el tema aparecidos en la *Revista de Medicina General Integral* y en *Sexología y Sociedad*, publicaciones que tienen entre sus mayores usuarios de información a profesionales de la salud y, en el caso de la última, a los del sector de la educación; d) programas de formación de postgrado, como el Diplomado sobre Violencia Intrafamiliar, diseñado e impartido por los profesionales del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), e) instituciones como las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia (COMF), el Centro de Orientación para Jóvenes Adolescentes y Familia (COJAF), los Centros Comunitarios de Salud Mental y el Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y el Caribe sobre el tema de violencia contra las mujeres (SEMLac); f) apoyo de los directivos del CENSAM, campo de acción para crear espacios dirigidos a la atención de esta problemática psicosocial.

AMENAZAS

Desde el exterior se identificó como amenaza el bloqueo que marca las diferencias en las prácticas e impide el intercambio de experiencias sistémicas del abordaje del tema en otros contextos.

A causa del propio contexto sociocultural del país, con la pervivencia de la cultura patriarcal que atraviesa el actuar de la vida cotidiana y naturaliza el problema de la violencia contra las mujeres y los malos tratos, en el interior se reconoció que aun existe reproducción y reedición del sexismo

en las prácticas profesionales y en la vida cotidiana de los/las profesionales sujetos de estudio.

Desde la interpretación fenomenológica del discurso de los sujetos de la muestra de estudio, se constató: a) pervivencia de la diferenciación de roles de género; b) necesidad de una mayor intersectorialidad en el abordaje del tema; c) insuficientes redes de apoyo; d) desconocimiento acerca del tema; e) no reconocimiento del tema como problema de asistencia en salud pública.

OPORTUNIDADES

Se logra identificar mediante el trabajo grupal y el saber colectivo la existencia de instituciones y organizaciones que integran la sociedad cubana, como el Grupo Nacional de Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar, la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), el Ministerio del Interior (MININT), la Fiscalía General de la República y las instituciones y los centros comunitarios de Salud Mental.

NECESIDADES BÁSICAS Y ESTRATÉGICAS

Necesidades básicas identificadas a través de la técnica de monitoreo

- No inclusión de la perspectiva de género en el currículo académico de la formación de los profesionales de la salud;
- falta de reconocimiento explícito de la violencia, y en particular la violencia basada en el género, como problema de salud, y no como un problema privado;
- no reconocimiento de la violencia contra las mujeres como problema de salud, y menos de salud mental;
- vacíos en la producción de conocimientos alrededor de la salud de las mujeres;
- predominio de la concepción médica como ciencia biológica;
- enfoque curativo centrado en la farmacoterapia;
- resistencia a otorgar estatuto científico a los estudios de género, considerándolos de baja calidad y con poco rigor metodológico a partir del posicionamiento de las llamadas ciencias duras en la salud («Las investigaciones que conocemos sobre el tema se han realizado con una metodología cualitativa, por lo cual carecen de valor científico»);



- inexistencia de adecuada implementación de las agendas, desde el ámbito gubernamental, de estrategias en salud, para promover la investigación con esta perspectiva («Nadie nos orienta que es necesario investigar sobre este tema y menos cómo hacerlo»).

Necesidades estratégicas identificadas a través de la técnica de monitoreo

- Falta de sensibilización ante el tema;
- presencia de mitos, estereotipos y prejuicios;
- pervivencia de la cultura patriarcal en la subjetividad de los/las profesionales que formaron parte del estudio;
- socialización diferente para hombres y mujeres;
- falsas creencias sobre la masculinidad, lo que favorece la reproducción de la violencia;
- necesidad de entender la salud como derecho humano de las personas;
- necesidad de visualizar la violencia en su interrelación con el proceso salud-enfermedad. Resulta importante señalar:

- La observación científica permitió identificar, a través de lo gestual, la presencia de estereotipos patriarcales, la poca credibilidad en cuanto a la necesidad de atención por salud pública y manifestaciones faciales de rechazo hacia las personas inmersas en un ciclo de violencia, y la exteriorización de expresiones machistas, incluso expuestas por las propias mujeres durante el trabajo grupal, permeadas de mitos, estereotipos y estigmas que pueden ocasionar invisibilización del problema y, por tanto, revictimización de los sujetos que se atienden, como a) las mujeres aguantan maltrato porque quieren, b) en Cuba no hay violencia contra las mujeres porque ellas están incorporadas a la vida social y sus prácticas han trascendido el espacio doméstico, c) la distribución de los roles en el interior del hogar ha cambiado, d) en Cuba se promueve la igualdad de derechos, e) nosotras tenemos la responsabilidad de cuidar de nuestros hijos y de nuestra familia, f) la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, el insomnio y el miedo como síntomas asociados a la psicopatología de las enfermedades mentales, no tienen por

qué guardar relación con el ciclo de la violencia, g) la presión existencial a la que nos vemos sometidos/as nos obliga a centrarnos en el motivo de consulta y no a indagar acerca de la multicausalidad que oculta la expresión de un síntoma.

- Se dificultaban durante las dinámicas grupales a) el acercamiento corporal entre personas del mismo sexo, b) el intercambio de roles genéricos y su representación, c) la identificación con los atributos masculinos y femeninos impuestos a través del aprendizaje sociocultural y reproducidos de generación en generación.

Por tanto, al identificar estas necesidades con la utilización de la matriz DAFO, se prepara un *plan de acción* para el diseño del Programa Socioeducativo.

BREVE FUNDAMENTACIÓN DEL PROGRAMA SOCIOEDUCATIVO

Al ser la violencia un fenómeno multifactorial y multicausal que tiene sus especificidades en los espacios socioculturales en que se produce, se hace necesario una intervención que ayude a mujeres y hombres a identificar el problema y las formas de instaurarse y perpetuarse en la dinámica de la vida cotidiana.

Por tanto, nos dimos a la tarea de diseñar un programa socioeducativo que nos permitiera reflexionar sobre las percepciones y los mitos relacionados con la violencia contra las mujeres.

Se trata de una intervención planificada, dirigida por objetivos que tienen como fin satisfacer las necesidades detectadas en un contexto determinado. Se compone de diseño, aplicación y evaluación, y está basada en un enfoque de trabajo en equipo, que identifica resultados en logros deseados y desarrolla un sistema de evaluación sistemática. La propuesta de programa fue diseñada en la modalidad de taller.

DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

Título: Programa socioeducativo sobre el tema de la violencia contra las mujeres.

Tiempo de duración: 30 horas.

Dirigido a: psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermeros/as, médicos/as generales

integrales del CENSAM del municipio de Playa.

Objetivo general. Contribuir a ampliar los conocimientos de los/las profesionales para la sensibilización, la detección y la atención de la violencia contra las mujeres en el Centro de Salud Mental del municipio de Playa.

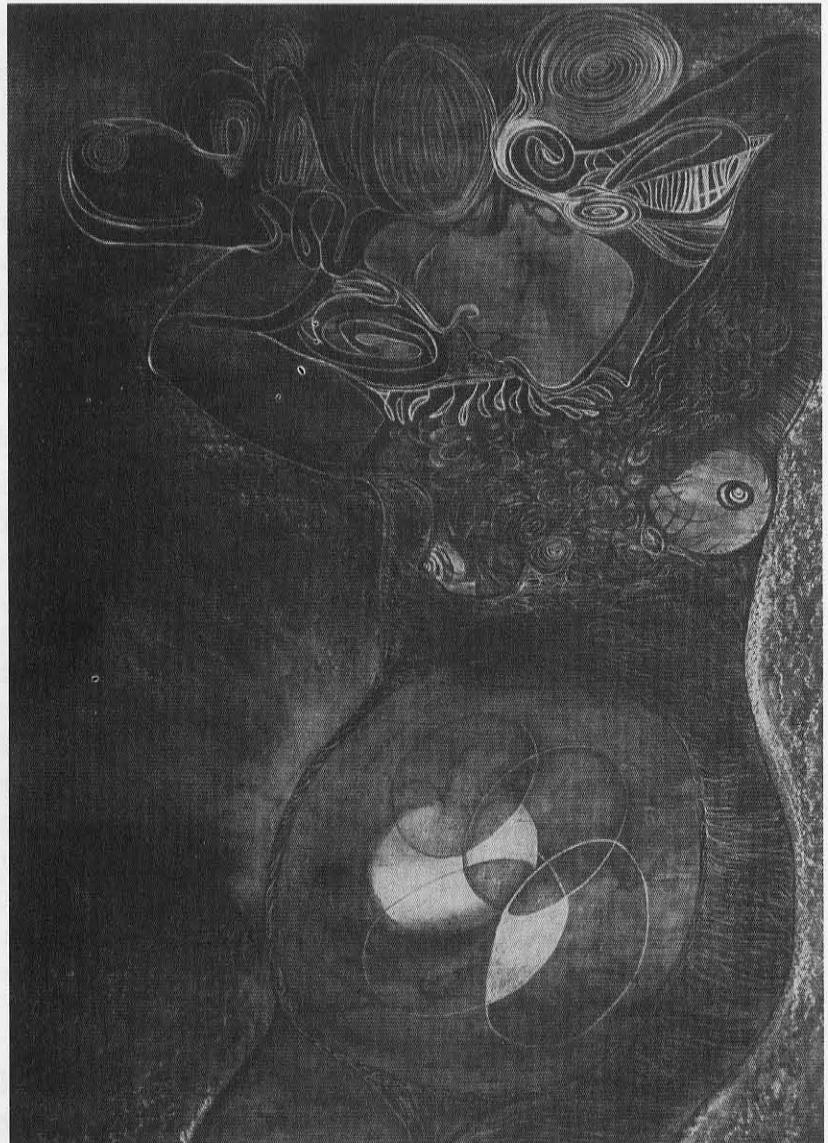
Objetivos específicos

- Incorporar el enfoque de género en los modelos de intervención asociados a las situaciones de salud-enfermedad;
- brindar herramientas teórico-metodológicas para la atención en salud;
- propiciar información sobre diferentes aspectos de la violencia contra las mujeres;
- facilitar la toma de decisiones conscientes y responsables frente a las conductas violentas como un problema de salud pública y en particular de salud mental;
- contribuir a reflexionar sobre mitos, prejuicios y estereotipos alrededor del tema;
- fomentar la toma de decisiones con responsabilidad social y compromiso en el abordaje del tema;
- promover una mejor calidad de vida de las personas con las que trabajamos.

Indicaciones metodológicas y de organización

Se laborará en seis sesiones de dos horas cada una, a través de técnicas participativas grupales que faciliten la reflexión, el análisis y el diálogo entre los miembros del grupo, de manera que se logre mantener el interés de los participantes sobre la base de los siguientes requisitos: a) conocimiento y vivencias de cada participante; b) participación e implicación individuales y colectivas; c) promoción del respeto ante las opiniones de los demás.

Se trabajará con tres grupos en distintos momentos, cada uno estará integrado por 20 pro-



fesionales, teniendo en cuenta que la muestra es de 61 sujetos.

Este taller se desarrolla utilizando diferentes formas de organización de la enseñanza: utilización de medios audiovisuales (videos, *data shows*, láminas, lápices, hojas de papel, equipo de música, pizarra de tiza y/o plumón), dramatizaciones, técnicas de Investigación Acción Participativa (IAP), discusiones grupales y lluvia de ideas.

En la primera sesión con el grupo se realiza el encuadre de este y del programa con los participantes, y se precisan los objetivos, los contenidos a tratar y la metodología.

Cada sesión se inicia con reflexiones de los encuentros anteriores y discusiones de actividades prácticas en el ejercicio de la profesión vinculadas a la violencia intrafamiliar, con el objetivo de



crear un clima de sensibilización y compromiso con el tema como problema de salud pública.

A continuación se procederá al plan temático que corresponda; partiendo de las reflexiones del grupo, el/la coordinador/ra integrará y elaborará las evoluciones y conclusiones. Al finalizar cada sesión, se evaluarán.

Forma de evaluación

En la primera sesión se aplicará una encuesta diagnóstica inicial para identificar los conocimientos sobre violencia contra la mujer. Se solicita que añadan sus expectativas.

Al inicio de cada sesión se realizará un comentario sobre las temáticas que se trataron en el encuentro anterior, y al finalizar se valorarán los aspectos positivos, negativos e interesantes (PNI) de la misma.

Plan temático

- Marco conceptual de la sexualidad
- Teoría y perspectiva de género
- Marco conceptual de la violencia; mitos y creencias
- Violencia como problema de salud, social y de derecho
- Masculinidades
- Modelos de intervención
- Autocuidado
- Integración, evaluación y cierre.

Del plan temático se deriva un plan analítico, distribuido en objetivos, contenido, actividades a desarrollar, evaluación de cada sesión y bibliografía como soporte para ampliar la información sobre el tema.

INDICADORES PARA VALIDAR POSTERIORMENTE LA EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA

- Pasados seis meses y después del año se aplicará nuevamente la entrevista-cuestionario inicial y se realizará un taller participativo para comprobar si existe un aumento del *conocimiento de los/las profesionales* en cuanto al tema.
- *Inclusión del tema en los contenidos docentes*. Se insertará en el programa de estudios de los/las residentes y especialistas el tema

«Género, violencia y salud» y se realizarán comprobaciones sistemáticas con el fin de fortalecer el conocimiento. A través de la revisión sistemática del registro de consulta externa y del médico de guardia se valorarán las manifestaciones relacionadas con la *sensibilización ante el tema*, identificando si los/las especialistas han logrado detectar algún caso de víctima de violencia a través de la exploración de los pacientes que acuden a los servicios de salud de la institución con síntomas mantenidos de depresión, ansiedad, insomnio, miedos, trastornos de la conducta alimentaria y conductas suicidas o autodestructivas como comorbilidad de las conductas violentas.

- *Capacitaciones sistemáticas a la comunidad con la que trabajamos* por parte de los especialistas vinculados al estudio del tema, centrando el análisis en las acciones que se diseñen posteriores a estas capacitaciones, según los contextos de intervención.
- Creación de un *servicio o red de atención a las víctimas de violencia* dentro de la estructura organizativa de la institución.
- Creación de un *servicio para la atención al agresor*.

CONCLUSIONES

El diagnóstico mostró a) la existencia de vacíos en el conocimiento de los/las profesionales inmersos en el ámbito de la salud pública y específicamente en la salud mental; b) la postura sexista con que se identifican los/las profesionales en la atención a este problema; c) el desconocimiento de los saberes específicos sobre la violencia de género, que afianza la naturalización de la violencia e impide el abordaje como problema social y de salud.

La propuesta de un Programa Socioeducativo permitirá: a) el análisis del problema objeto de investigación desde una postura más crítica con enfoque de género; b) la identificación de los riesgos de violencia desde la comorbilidad con otras enfermedades y la psicopatología de los trastornos mentales, así como las posibles formas de prevenirla.

El programa otorga desde la formación la asimilación de saberes específicos con enfoque de

género; brinda a los/las profesionales de la salud inmersos en nuestras áreas de salud, herramientas para el diagnóstico e intervención; facilita la sensibilización, detección, atención y rehabilitación de las personas víctimas de los comportamientos violentos; y legitima la importancia que tiene trabajar desde una política intersectorial y transdisciplinaria que logre articular esfuerzos de diversa índole, a la medida de lo que la complejidad del fenómeno requiere.

RECOMENDACIONES

- Aplicar el Programa Socioeducativo en la institución una vez aprobado por la dirección de la institución.
- Elaborar un folleto explicativo, a partir del plan temático del Programa, que facilite la aceptación y el aprovechamiento de los conocimientos durante el curso.
- Evaluar la eficacia, la efectividad y la eficiencia del Programa teniendo en cuenta los

indicadores establecidos al transcurso de dos años de aplicación.

- Insertar en el programa docente de los/las residentes los saberes específicos sobre teoría y enfoque de género asociados al proceso salud-enfermedad.
- Explorar por los/las especialistas en las consultas externas la comorbilidad de los comportamientos violentos con la psicopatología de los trastornos mentales para una mejor detección y atención de los casos.
- Hacer uso del programa diseñado para propiciar campañas de capacitación sistemáticas a sanitarios, trabajadores sociales, empleados de la administración de justicia, cuerpos y fuerza de seguridad y policía local.
- Extender la aplicación del Programa a otras comunidades enclavadas en el municipio.
- Diseñar desde las instituciones de salud del municipio una estrategia de comunicación social permanente sobre el tema de la violencia.

===== BIBLIOGRAFÍA =====

ANGULO LÓPEZ, M. LAURA (2009). «Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia». *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas de Cienfuegos*, vol. 7, no. 5.

ARTILES VISBAL, L. (2009). «El nudo gordiano de la inequidad de género: tecnologías y realidades de la salud». *Sexología y Sociedad*, CENESEX, La Habana, año 15, no. 41, diciembre, pp. 13-20.

BARRABEITIG LAJÚS, GABRIEL (2003). «Estudio de la relación entre violencia y trastorno de personalidad». Tesis de maestría en Psiquiatría Comunitaria.

BELTRÁN CAMPDESUÑER, ALEISA (2005). «Estudio del comportamiento de la violencia intrafamiliar masculina como víctima y victimario». Tesis para optar por la especialidad en primer grado de Psiquiatría.

CAMPBELL, J. C., J. E. KUB y L. ROSE (2008). «Depression in battered women». *JAMWA*, vol. 51, no. 3, pp. 106-111.

FLACSO (2006). *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Editorial FLACSO, Santiago de Chile.

HERNÁNDEZ PITA, IYAMIRA (2004). «Mujeres de víctimas a victimarias. Una reflexión desde la sociología». Trabajo de diploma. Facultad de Filosofía e Historia de la Universidad de La Habana.

————— (2007). «Violencia intrafamiliar, tema prioritario de salud pública». En Especial para No a la Violencia, redesemlac-cuba-net-no violencia-Debates-news.

OPS/OMS (1995). *Conceptualización de género para la planificación en salud. Programa de Mujer, Salud y Desarrollo*. OPS/OMS, Washington DC.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). «Violencia contra la mujer. Carpeta de información». En www.who.int/trh.whd/vaw/infopack/violencia-infopack.htm.

PROVEYER, CLOTILDE (2007). «Violencia psicológica». En redesemlac-cuba-net-no violencia-Debates-news. MHz.

————— (2008). «La violencia es un problema cultural y de aprendizaje». En redesemlac-cuba-net-no violencia-Debates-news mht.

REPETTO, E., W. RUS y J. PUIG (1994). *Orientación educativa e intervención psicopedagógica*. UNED, Madrid.

RODRÍGUEZ ALFONSO, ADA C. (2010). «Violencia». Conferencia impartida en la Maestría de Sexualidad módulo VI.

RODRÍGUEZ ESPINAR, S. (coord.) (1993). *Teoría y práctica de la orientación educativa*. PPU, Barcelona.

WHO (2007). *Global Consultation on Violence and Health. Violence: A Public Health Priority*. WHO(WHO/FRH/USAD/97.8), Geneva.

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 5 de septiembre de 2011

FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 15 de noviembre de 2011