



Población y Salud en Mesoamérica

PSM

**Barreras y facilitadores del abordaje de la violencia
contra las mujeres: perspectivas profesionales
entre Cataluña y Costa Rica.**

Kattia Rojas Loría

Anna Fernández Sánchez

Teresa Gutiérrez Rosado

Cómo citar este artículo

Rojas, K., Fernández, A. y Gutiérrez, T. (2019). Barreras y facilitadores del abordaje de la violencia contra las mujeres: perspectivas profesionales entre Cataluña y Costa Rica. *Población y Salud en Mesoamérica*, 17(1). doi: 10.15517/psm.v17i1.37814

 Revista electrónica semestral
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica



 ISSN-1659-0201
<http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Barreras y facilitadores del abordaje de la violencia contra las mujeres: perspectivas profesionales entre Cataluña y Costa Rica.

Barriers and facilitators in addressing Violence Against Women: perspectives professionals between Catalonia and Costa Rica.

Kattia Rojas Loría ¹ Anna Fernández Sánchez ² y Teresa Gutiérrez Rosado ³

RESUMEN: El **objetivo** es identificar las barreras y facilitadores en el abordaje de la violencia contra las mujeres desde la perspectiva de profesionales de la salud en dos contextos: Cataluña y Costa Rica. **Metodología:** se trata de un estudio cualitativo comparativo realizado a través de dieciséis entrevistas con profesionales de distintas áreas de la salud con experiencia en violencia contra las mujeres. Se realiza un análisis narrativo de contenido, se recurre a la codificación abierta, axial y selectiva. Las categorías son mixtas, se identifican patrones comunes y diferenciales. **Resultados:** se muestran seis dimensiones que incluyen barreras y facilitadores para el abordaje de la violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud. La barrera común es la falta de actividades de promoción y prevención, mientras que los facilitadores son varios: compartir un marco de referencia común sobre la violencia, el género y el paradigma de salud; reconocer a las personas que trabajan en la red de atención; el aprendizaje de nuevas habilidades; el interés y compromiso profesional, y las estrategias de autocuidado. **Conclusiones:** el conocimiento de los facilitadores y las barreras son útiles para la toma de decisiones para gestores, planificadores y profesionales de la salud que trabajan con las mujeres; la red de atención es un importante soporte para los profesionales asistenciales, y es necesario el trabajo en actividades de promoción y prevención.

Palabras Clave: Violencia de Género, Política de salud, Investigación Cualitativa, Costa Rica, Cataluña

ABSTRACT: Objective: This study explores varying dimensions in addressing violence against women (VAW) and identifies both barriers and facilitators in addressing violence against women (VAW) with perspective of health professional of two different contexts: Catalonia and Costa Rica. **Methodology:** it is a qualitative study that was realized by conducting sixteen interviews with professionals from different areas of health and from different fields related to the health sector, all with an expertise in VAW. **Results:** Show six dimensions that include aspects that function as barriers and facilitators. Our findings indicate common barriers, a lack in consolidation of activities in promotion of prevention of VAW. About facilitators: a shared inter-institutional framework, the recognition of a professional network, the reflection of health paradigms, violence and gender in the care model, the deconstruction of learned practices in one's own formation, and the role of personal interests and motivations in the execution of a professional role and, the self-care of professional working. **Conclusion:** The knowledge of the barriers and facilitators from a health activity can be useful in decision making for managers, planners, and health professionals as they address VAW in the health field, common, inter-institutional framework that permits recognition of a professional network, and, in this way, constitutes a support system. Activities promoting and preventing VAW have been identified as pending efforts in diminishing VAW.

Key Words: Gender-Based Violence, Health policy, Qualitative Research, Costa Rica, Catalonia

Recibido: 03/09/2018 | Corregido: 17/06/2019 | Aprobado: 20/06/2019

¹ Universidad de Costa Rica, COSTA RICA kattia.rojasloria@gmail.com ORCID 0000-0003-2596-4319

² Universidad Autónoma de Barcelona, ESPAÑA afernand@aspb.cat ORCID 0000-0002-0333-1345

³ Universidad Autónoma de Barcelona, ESPAÑA teresa.gutierrez@uab.cat ORCID 0000-0002-0876-6954



1. Introducción ¹

Las múltiples consecuencias biológicas, neurológicas, psicológicas, conductuales, sociales y económicas que tiene la violencia para las mujeres y sus familias son un factor de riesgo para la salud, con una gama amplia de efectos. La relevancia clínica del maltrato a las mujeres radica en las graves secuelas para la salud de estas y de sus hijos e hijas, así como en las cifras de prevalencia de esta problemática (Rovira, 2012). Diferentes estudios (Colombini, Mayhew y Watts, 2008; Chang et al., 2009) indican que las barreras en el abordaje de la violencia contra las mujeres pueden encontrarse en distintos niveles de atención (en la prevención, la detección y la intervención) y a nivel individual, institucional y social (Arredondo-Provecho, del Pliego-Pilo, Nadal-Rubio y Roy-Rodríguez, 2008; Djikanovic, Celik, Simic, Bojana y Viktorija, 2010). Las personas profesionales de la salud tienen un papel crucial en el abordaje de las mujeres que se encuentran en un ciclo de violencia. Los obstáculos que dificultan la detección están relacionados con la falta de percepción de la violencia de género (VG) como problema de salud, el temor a abordarlo, la falta de tiempo, la falta de formación y capacitación. Como necesidades se presentan el interactuar en red y contar con un soporte para enfrentar las consecuencias del impacto del trabajo con la violencia de género tales como la hipersensibilidad al tema, el desgaste emocional y los temores a la integridad de quienes trabajan con las mujeres (Rojas, 2014).

Por otra parte, se carece de estudios que señalen los facilitadores e incluyan la perspectiva de las personas profesionales en salud que trabajan tanto en el sistema sanitario como en otras instituciones que están relacionadas con la salud pública y son de vital importancia en el abordaje de la violencia contra las mujeres. Los facilitadores y las barreras en el abordaje de los problemas de salud pueden ser definidos como factores que bloquean o facilitan, total o parcialmente, la implementación de los cambios en las prácticas profesionales. La identificación de las barreras y los facilitadores permiten ajustar las intervenciones a las necesidades y al contexto (Grupo de trabajo sobre implementación del GPC, 2009). Este estudio es parte de una investigación más amplia, comparativa entre Cataluña y Costa Rica, sobre la violencia de género desde la perspectiva de las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de esta área (Rojas, 2014), en la cual se analizaron el marco normativo, la actitud de las personas profesionales hacia el abordaje de la violencia de género en atención primaria y lo abordado en este estudio. El objetivo es identificar tanto facilitadores como barreras comunes y específicas en el abordaje de las mujeres que sufren violencia, a través de las perspectivas

2. Antecedentes Teóricos

La violencia contra las mujeres aparece como problema de salud en las principales revistas anglosajonas de salud pública en la década de los 70 (Valdez-Santiago y Ruiz-Rodríguez, 2009); no obstante, en España y Costa Rica, la incorporación de la violencia en los sistemas de salud se da más tardíamente. En el año 1996, Costa Rica incluye la violencia contra las mujeres en la política pública con un plan a nivel intersectorial, donde está el sistema de servicios en salud, llamado Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar (Planovi) (Centro Nacional para la Mujer y la Familia, 1996).

¹ Este artículo es parte de la Tesis Doctoral titulada "La violencia de género desde las políticas públicas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica". Defendida en Julio del 2014, en la Universidad Autónoma de Barcelona, España.



En Cataluña, poco más de una década después que en Costa Rica, se da directriz sobre esta temática a nivel de política pública (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSSI], 2009; Institut Català de les Dones y Generalitat de Catalunya, 2009). Las principales directrices se recogen en la Ley Orgánica 1/ 2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género y en el Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre por medio de los que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, elaboradas con el propósito de erradicar progresivamente la violencia de género, y se incluye la elaboración de un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género.

En Costa Rica, la incidencia de la violencia intrafamiliar según sexo tiende a ser en población femenina, es decir, representa la mayor cantidad de casos notificados, con una tasa de 368,6 por 100 000 habitantes sobre 150,4 en población masculina. Las principales causas específicas notificadas fueron abuso sexual, psicológico y físico (Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud, 2015).

En Barcelona, la Encuesta Catalana de Violencia Machista (ECVM) señala que, durante el ciclo vital, más de la mitad de las mujeres de la ciudad, un 57,7 %, ha sufrido violencia. Durante la infancia, un 13 % sufrió violencia muy grave y solo en el último año, el 2016, un 13,8 % de las barcelonesas fue objeto de algún tipo de agresión machista, sin tener en cuenta los comentarios, los gestos sexuales y el exhibicionismo; mientras que un 2,3 % de las mujeres sufrió actos muy graves (Adjuntament de Barcelona, 2017).

En un estudio previo sobre las tendencias de las políticas públicas y planes de salud que abordan la violencia de género hacia las mujeres en el ámbito sanitario se logra detectar, a través del análisis de contenido de políticas y protocolos de los contextos de Cataluña y Costa Rica, que el abordaje de la violencia de género hacia las mujeres tiene en común la estrategia del cambio cultural y una respuesta integral e intersectorial. Entre los rasgos comunes en ambos contextos están el papel de los movimientos sociales de mujeres y feministas en la construcción de política pública y la inclusión de la violencia hacia las mujeres en los planes de salud, el uso de protocolos, las tareas de detección, atención y recuperación para las mujeres, y el autocuidado profesional. Entre las diferencias, Cataluña no contempla acciones sanitarias con agresores; mientras que en Costa Rica existía, a la fecha de ese estudio, una menor especificidad y consistencia conceptual de lo que se entendía por violencia hacia las mujeres y, por lo tanto, lo que se reflejaba sobre esta en las políticas, los planes y los protocolos de actuación sanitarios, así como una carencia de la actualización de normas sanitarias del Ministerio de Salud (Rojas, Gutiérrez Rosado, Cantera, Marengo y Fernández, 2014).

La violencia de pareja es una de las manifestaciones más comunes de la violencia contra las mujeres. No existe un solo factor causal, sino la interacción de factores que operan en diferentes niveles pueden favorecer la violencia o proteger de esta. Conocer estos factores y sus interacciones ayudan en el diseño de diferentes estrategias (Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto y Vives-Cases, 2004). Se ha utilizado el modelo ecológico integrado donde la interacción de factores socioculturales, individuales, comunitarios y familiares, en distintos niveles, pueden favorecer o proteger a las mujeres. Cantera (2004) plantea que es necesario revisar el modelo descriptivo con mayor consenso sobre la violencia hacia la mujer, el cual ha sido el modelo del Ciclo de la Violencia, creado por L. Walker en 1980, y de sus variantes que se caracterizan por plantear que hay acumulación de tensión, descarga de la violencia y luna de miel con promesas de cambio. Estos modelos clásicos descartan los momentos de resistencia, situando a la mujer como víctima indefensa.



3. Material y métodos

3.1 Enfoque

Estudio cualitativo, exploratorio y comparativo que utiliza entrevistas semiestructuradas.

3.2 Participantes

Se diseñó una muestra teórica de acuerdo con los criterios de variación máxima, la cual se compone por expertos en diferentes profesiones de la salud que tienen injerencia en las redes interinstitucionales de la atención de las mujeres como medicina, enfermería, psicología y trabajo social. Las categorías teóricas fueron divididas en grupo profesional, profesionales de la salud expertos en el tema de la violencia de género, de distintas instituciones y con al menos dos años de experiencia de trabajo con mujeres en un modelo de atención de la violencia contra las mujeres que inciden en la salud pública.

3.3 Procedimiento

El trabajo de campo se realizó desde enero a mayo del 2012 simultáneamente en Costa Rica y en Cataluña. El comité ético de la Universidad Autónoma de Barcelona revisó y aprobó este estudio (código 1939). El guion de la entrevista fue validado por medio de una entrevista piloto. Las entrevistas fueron conducidas en un lugar de conveniencia para las personas participantes. Las entrevistadoras fueron dos psicólogas con postgrados en Violencia Intrafamiliar y de Género de la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional. Las personas participantes dieron su consentimiento informado tanto oral como escrito, el cual incluía un permiso que quedó grabado. Se inició realizando dos entrevistas que, posteriormente, fueron analizadas. Luego, una tercera con el mismo procedimiento y así sucesivamente hasta entrevistar a todos los profesionales teóricamente predeterminados necesarios para alcanzar la saturación de los datos y asegurar la transferibilidad.

3.4 Instrumentos

Se utiliza entrevista semiestructurada cara a cara para obtener información sobre las opiniones y significados del abordaje de la violencia contra la mujer.

3.5 Análisis de la información

Las transcripciones y las notas que las complementaban son consideradas la principal unidad de análisis de este estudio. Las transcripciones fueron revisadas y verificadas por la investigadora coordinadora. El análisis se realizó de una manera secuencial. Cada entrevista fue codificada para asegurar la confidencialidad. Se utilizan las siglas CR01, CR02, etc. en el caso de Costa Rica para indicar a quién pertenecía cada entrevista. Para las entrevistas de Cataluña los códigos asignados son Cat01, Cat02 sucesivamente. En el procedimiento de análisis, se utiliza el análisis narrativo de contenido y se recurre a la codificación abierta, axial y selectiva. De manera que se realiza la familiarización con las entrevistas escuchando, leyendo y releendo el material. Cada analista identificaba los temas y codificaba los contenidos que interesaban para cumplir los objetivos de investigación. Se crean las categorías de una forma mixta combinando los temas del guion de entrevista con los temas emergentes. Luego, se determinaron subcategorías emergentes que indicaran barreras y facilitadores y que identificaran patrones comunes y diferenciales. Las analistas comparaban y discutían las diferencias y similitudes del análisis. Posteriormente, se relacionan las categorías a través de mapas y tablas conceptuales.



3.6 Criterios éticos y de rigor

Las personas participantes dieron su consentimiento informado tanto oral como escrito para alcanzar la saturación de los datos y asegurar la transferibilidad (Anexo 1). La información obtenida fue triangulada con la participación de tres analistas psicólogas, quienes tienen, respectivamente, experiencia en violencia intrafamiliar y género, en metodología cualitativa y, por último, en psicología de la salud. Cada una, independientemente, analizó las entrevistas y luego, en conjunto, establecieron un consenso sobre las categorías. Para asegurar la credibilidad de los datos, se envió un análisis preliminar a todos los participantes vía electrónica para obtener retroalimentación e incorporarlos en el análisis. De esta forma se obtuvo retroalimentación de seis de las personas participantes, quienes realizaron observaciones y establecieron conformidad con los resultados. Los cambios sugeridos fueron incorporados en la descripción final de los resultados.

4. Resultados

El tamaño final de la muestra fue de 16 participantes. Los datos de las personas participantes se exponen en la Tabla 1. Con respecto al análisis de contenido, se detectaron seis dimensiones que intervienen en el modelo de abordaje de la violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario: contextuales, concepción de salud, concepción de violencia, relación con otros actores de la red de atención a las mujeres, el rol profesional y el impacto que tiene en la vida personal trabajar con esta temática (Figura 1). En esas dimensiones se incluyeron aspectos que pueden funcionar como barreras y facilitadores desde la perspectiva de las personas expertas y profesionales de la salud. Algunos de estos facilitadores son comunes y otros específicos para cada contexto.

Tabla 1.

Características de los participantes expertos en violencia de género. Cataluña y Costa Rica. 2012

Características de participantes (N=16)	Cataluña	Costa Rica
Profesionales de la salud expertos	8	8
Sexo, n		
Mujeres	8	7
Hombres	0	1
Promedio de edad (rango), años	48.8	44.7
Promedio de experiencia en VG (rango), años	16.3	15
Profesiones		
Psiquiatría	0	1
Medicina general	0	1
Medicina familiar	1	0
Trabajo social	2	2
Psicología	4	2
Enfermería	1	1
Técnico de atención primaria	0	1

Continúa en la siguiente página...



Ámbito de relación con Sistema Sanitario

Servicios sociales	1	0
Sanitario	4	3
Ayuntamientos	1	1
ONG	1	0
Justicia	-	1
Instituto de las Mujeres	1	1
Consultora externa	-	1
Educación	-	1

Rol Actual ¹

Planificación	2	4
Asistencial	6	3
Formación	-	1

¹Dos profesionales de Cataluña ejercen funciones tanto asistenciales como de formación, tres profesionales de Costa Rica funciones asistenciales como de planificación, un profesional de Costa Rica tanto asistencial como formación.

Fuente: Elaboración propia.

Figura 1.

Principales dimensiones del abordaje de la violencia de género en el ámbito de la salud, 2012.



Fuente: Elaboración propia, 2012.



4.1 Facilitadores y barreras específicos entre Cataluña y Costa Rica para el abordaje de la violencia contra las mujeres

Los facilitadores y barreras para el abordaje de la VG, que son específicos en cada uno de los contextos, se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2.

Facilitadores y barreras específicas en el abordaje de la violencia de género en Cataluña y Costa Rica. 2012.

Dimensión	Cataluña		Costa Rica	
	Facilitador	Barrera	Facilitador	Barrera
Contexto	Políticas en protocolos de actuación	- Amenaza a Estado de Bienestar	Apoyo financiero internacional	- Falta continuidad en política de salud
		- Falta promoción y prevención		- Falta recursos
Conceptualización	Claridad y discusión conceptual en validación de protocolos	- Diferencias entre circuitos	- Fractura de concepto violencia entre planificadores e implementadores	- Falta reconocer otras formas y ámbitos de la violencia de género
		- Falta promoción y prevención		- Falta marco común entre las instituciones
Relación con otros actores	Sensibilización comunitaria		Experiencias de interaprendizaje	
Rol profesional	Apoyo de gremios profesionales	- Saturación de trabajo		
		- Falta seguimiento		
		- Prejuicios de algunos profesionales		

Continúa en la siguiente página...



Impacto en la vida personal	Metodología en formación	- Carencia de programas de cuidado institucional	Experiencias pioneras de cuidado institucional
	Apoyo de familia, pareja y pares		

Fuente: Elaboración propia, 2012.

4.1.1 Cataluña

En el caso de Cataluña, un facilitador contextual es el apoyo de los grupos gremiales y como barreras están la amenaza al Estado de Bienestar, la falta de un modelo más preventivo, las diferencias de funcionamiento de los circuitos y la falta de visualización de diferentes formas de violencia en la atención sanitaria.

En este sentido, una participante señala el temor hacia los recortes económicos en la atención de las necesidades de las mujeres como una barrera importante.

Los obstáculos, yo veo ahora mismo que uno de los más importantes es lo económico porque parece que no pero la crisis sesga, lo que son recortes para dónde van, y las prioridades cambian mucho; tenemos una sociedad muy patriarcal, muy machista porque esto es así y las políticas también lo son, y por tanto el tema relacionado con la igualdad de oportunidades entre mujeres que impacta directamente en la violencia, pero directamente porque es la base para su erradicación yo creo que se va a sentir muchísimo todo el trabajo de políticas que apoderen a las mujeres y las sitúen en situaciones más igualitarias con respecto a los hombres, ahí eso va a caer en picada (CAT04).

En cuanto a la falta de un modelo de promoción y prevención. El trabajo en la promoción y prevención se expone por la mayoría de las expertas como una tarea prioritaria y necesaria. Si bien se dan diferencias entre las expertas respecto a la ley catalana y su papel en la prevención, hay consenso sobre la necesidad de concentrarse en la prevención como un facilitador.

Me desmotiva ver que la gente joven está repitiendo el modelo, eso, algo estamos haciendo mal porque con toda esta movilización de recursos, de profesionales, de leyes de... Y que la gente joven que estás en el autobús, que estás oyendo cómo se relacionan, parejas muy jóvenes, y que se relacionan con la violencia, que se relacionan con esos estereotipos de violencia machista eso a mí, no es que me desmotive es que me enfada muchísimo, pienso que estamos haciendo alguna cosa mal, porque se están haciendo talleres, se están haciendo muchísimas cosas en el ámbito también educativo y no acabamos de llegar a, a cambiar eso, a cambiar esa visión de desigualdad ¿no? (CAT05).

Sin embargo, cabe señalar que para algunas expertas, la ley catalana se concentra en la prevención "porque establece un modelo de intervención, focalizado no solo en los casos urgentes sino en los no urgentes" (CAT04).

Para otras expertas, en cambio, la legislación necesita contemplar no solo la penalización, sino también la prevención y, por tanto, es mejorable y debe abordar la violencia machista como un fenómeno donde se requiere tanto la atención de los hombres como la de las mujeres. También, se señala la necesidad de la integración de programas para atender a los hijos e hijas testigos de las violencias. Estas experiencias se han realizado en Barcelona a través de programas específicos como el programa TE VI en Cornellá



en el autobús, que estás oyendo cómo se relacionan parejas muy jóvenes, y que se relacionan con la violencia, que se relacionan con esos estereotipos de violencia machista eso a mí, no es que me desmotive es que me enfada muchísimo, pienso que estamos haciendo alguna cosa mal, porque se están haciendo talleres, se están haciendo muchísimas cosas en el ámbito también educativo y no acabamos de llegar a, a cambiar eso, a cambiar esa visión de desigualdad ¿no? (CAT05).

Una frase de una participante experta sugiere la necesidad de repensar los modelos de atención desde otro lugar de manera que se pueda ver con mayor claridad y con ideas frescas; así lo comenta:

Quisiera estar fuera, con la mente limpia en cuanto a este tema para que me ocurran más cosas, no sé si me explico, la tengo un poco llena, me gustaría conocer un poco menos para decir más tonterías que me incitaran a crear...me gustaría borrarle un poco la cabeza de mucho contenido de información...creo que hemos llegado a un punto que damos muchas vueltas, circular, tendríamos que desenfocar el tema y abrirlo al hombre y considero que todo curso que se haga tendría que hablarse de hombre y de mujer, ya estamos en otro momento...y yo aunque sea una vieja idea feminista creo que tenemos que saber integrar al hombre para que nos ayude a solucionar este problema (CAT08).

Sobre la barrera que señala el funcionamiento de circuitos diferentes, se trata de que cada distrito tiene su propia dinámica, algunos funcionan con una adecuada coordinación comunitaria y cercanía, pero otros no. Se encuentran otras barreras como la valoración negativa que se hace de las reuniones, la complejidad de los diagnósticos que dificulta en ocasiones dónde debe ser atendida la mujer o que se pueda perder la ubicación de la mujer en los sistemas de información.

Aquí en Barcelona se originó el Circuito, cuando cambié de centro de atención, dejé de estar en Barcelona para pasar a estar en otro circuito, con lo cual ya no participé o no estaba ubicada dentro del circuito este, y fui viendo cómo se iba estableciendo todo este sistema de la red, de la coordinación en red, de los recursos que trabajaban en primaria, servicios sociales y salud y demás. Y bueno pues en este otro lugar (ría) llegué a un desierto un poco en este tema, pero bueno y ahí dijéramos que se empezó a desinflar a partir de aquel momento por cuestiones más personales pues todo el tema éste de trabajar en coordinación con otros compañeros y demás (CAT01).

Sin embargo, la mayoría de las expertas apuntó que las diferencias y conflictos son parte de las interacciones entre instituciones, pero esto no tiene que influir en la fluidez de los servicios y la coordinación de los circuitos, a través de la puesta en marcha de la experiencia con los protocolos y la actualización se permite que se establezca una adecuada coordinación.

La vinculación con salud, yo diría que a ver, gracias a este circuito que hace diez años; en el 2011 hizo diez años que se constituyó, se ha creado un clima de complicidad, que ha permitido avanzar en muchas cosas, por ejemplo, la propuesta de servicios sociales, la propuesta de... justo uno de estos grupos de trabajo que hizo la protocolización de atención individualizada, consensuó un protocolo para valoración de lo que en aquella época del peligro hacia las mujeres ¿no? pero este grupo ya hizo una propuesta que yo cómo porta voz llevé al circuito al ámbito de ciudad en el cual se decía que tenemos que ir más allá y construir un instrumento de valoración del riesgo, ahora ya no hablamos de peligro, hablamos de riesgo hacia la mujer por parte de su pareja o ex pareja, que podíamos elaborar conjuntamente con Salud, con Justicia, con Mossos y que sirviera para diferentes ámbitos y que además tuviera una parte actuarial (CAT06)



Por último, otra barrera es la falta de visualización de diferentes formas de violencia de género en la atención sanitaria. Algunas expertas plantean que es necesario determinar en la clínica aquellas violencias sutiles que se manifiestan a través de micromachismos. Así lo señalan dos expertas participantes cuando dicen:

“El hombre ha aprendido que como está mal visto el pegarle a las mujeres utiliza violencias más sutiles o violencias más suaves pero aún persiste la desigualdad”(CAT08).

Esta ley ayudo muchísimo a empoderar a la mujer, aún y así, tú no sabes lo que le cuesta a las mujeres poner una denuncia. Ellos son más rápidos, las leyes avanzan para ellas y para ellos, hay que tenerlo en cuenta. Los hombres también aprenden, aprenden de las dos maneras: para bien, para frenarse y darse cuenta que es un delito y que no se puede pegar a su mujer, y también aprenden que si ellos denuncian antes lo tienen mejor a nivel legal y ellas no se dan cuenta de esto. Hay que decirles, oye, vete a denunciar tú porque si no te puede denunciar él, esto por ejemplo en el maltrato psicológico que muchas se piensan que no las van a escuchar o que no las van a entender o que los mossos, los policías(CAT01)

La totalidad de las participantes de Cataluña conceptualizan la violencia contra las mujeres desde una base estructural, como producto de la desigualdad entre hombres y mujeres. Se destaca que la violencia atañe a todas las mujeres y algunas señalan la necesidad de incluir la violencia que acontece en las parejas transexuales y lésbicas. También, algunas indican la necesidad de diferenciar los protocolos que se utilizan en atención primaria con respecto a los de urgencias, ya que en la primera se encuentra la cronicidad y sutilidad, mientras que en urgencias aparecen más las violencias físicas y evidentes.

Lo que sucede es que en la atención a las mujeres en la consulta, que los protocolos, bueno lo que había más, bueno lo que yo conocía hasta entonces, era casi todo de situaciones más urgentes o más agudas y sin embargo eso no es la atención habitual en atención primaria o en la consulta de la médica de familia. Y ahí fue con las compañeras del grupo de trabajo de la CAMFI² hablábamos del diferente escenario, de hecho hicimos un grupo de escenarios donde trabajábamos casos que nos encontrábamos en la consulta que diferiría no, o sea, donde era difícil de aplicar los protocolos que conocíamos (CAT02).

Y agrega,

Claro porque eran procesos a muy largo plazo, eran situaciones donde era la violencia psicológica predominante y entonces, bueno pues dijéramos que esos protocolos que a mí me entusiasmaron al principio eran bastante poco... de una aplicabilidad bastante escasa (CAT02).

4.1.2 Costa Rica

En el caso de Costa Rica, como facilitador se destaca el apoyo internacional para planificar y sustentar presupuestariamente un modelo de abordaje.

Nosotras aprovechamos la coyuntura que estuvo el proyecto municipal de descentralización, un vínculo con la Unión Europea en donde hay mucho apoyo económico para el tema de descentralización de las municipalidades y el fortalecimiento del tema de género; entonces en ese contexto entramos fuerte a trabajar con Hábitat y con otras instancias y nos dieron un apoyo increíble...entonces de repente hemos encontrado que si aquí en el país no tenemos ese soporte con alianzas (CR05).

² CAMFI se refiere a la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria



Como barreras se destacan la inconsistencia para apoyar y priorizar en acciones de abordaje de la VG, la dificultad en los consensos institucionales en el tema y la fractura entre los niveles operativos y de planificación del concepto de la VG. “Una cosa negativa es que lamentablemente no tenemos todos los recursos para poder darle la protección a las mujeres que lo necesitan, en el momento que lo necesitan” (CR04).

En cuanto a las barreras se encuentran la falta de continuidad y consistencia política, las dificultades con los consensos y recursos institucionales y la fractura en el concepto de violencia contra las mujeres.

El impulso con el cual se inició el trabajo en el tema de la violencia contra las mujeres se ha visto disminuido por la falta de priorización del problema a nivel político y en el sistema de sanidad a la fecha de esta investigación. También disminuyó el financiamiento de las organizaciones internacionales. En el caso del sistema de salud pública, se cerró un programa destinado especialmente a la violencia intrafamiliar y se integra el tema a los planes de salud con menor fuerza. El registro de la violencia intrafamiliar antes era medido en los compromisos de gestión del sistema sanitario público, pero se anula esta directriz restándoles priorización a los servicios de atención a las mujeres víctimas de VG. Una de las participantes dice “el apropiamiento de la problemática era más de personas, no institucionalizado, siendo esto un problema a nivel político, hay un interés en ese período, termina el período y no se retoma” (CR03).

También, algunas expertas apuntan que el peso de la respuesta en la intervención de la VG está en este momento puesto en la parte legal y se ha abandonado una respuesta que integre el ámbito de la salud al problema.

Con respecto a las dificultades en los consensos y con los recursos institucionales, la claridad de conceptos permite la detección, de otra manera ni se prioriza ni se ve como un problema de salud que llega a los servicios de salud en diferentes expresiones. Si no hay consensos mínimos, se convierte en una barrera en la detección y atención a las mujeres que depende de la sensibilidad del profesional y hace que las pacientes recorran diferentes especialistas. Las experiencias más negativas para la coordinación institucional tienen relación con los distintos criterios de protección y el trato a las mujeres: algunas instituciones juzgan a las mujeres, mientras que en otras se da la ausencia de respuesta o la burocracia de la respuesta. Ante esto, los y las profesionales de la salud resuelven con otros recursos sociales como la iglesia o empresa privada. Se destacan también barreras relacionadas con los faltantes de recursos en capacitación. Otras barreras son la mentalidad de algunas instituciones; la ausencia de capacitación por parte del INAMU, que anteriormente fue estratégica, y algunas directrices de salud en cuanto a referencia o derivación. Una de las expertas comenta que “una cosa negativa es que lamentablemente no tenemos todos los recursos para poder darle la protección a las mujeres que lo necesitan, en el momento que lo necesitan” (CR04).

Por último, sobre la fractura en el concepto de violencia contra las mujeres, la mayoría de las personas informantes indica que hay especificidad en la violencia que viven las mujeres sin descartar que el hombre también la sufra, sobre todo en las informantes que han ejercido o ejercen roles en materia de planificación y coordinación. Especifican que la historia de las mujeres permite ver la violencia que sufren desde un contexto patriarcal, donde se dan diferentes discriminaciones y se ha legitimado formas de sujetarlas. Algunas participantes señalan que:

La violencia de género se remite a la experiencia de las mujeres principalmente... los estudios de masculinidad hablan de que esa construcción de la masculinidad es riesgosa para la salud mental que también viven violencia pero no se puede igualar... para mí la violencia de género es esa experiencia que viven las mujeres de todas las edades, en todos los estratos sociales, en todas las latitudes (CR08).



4.2 Facilitadores y barreras comunes en el abordaje de la violencia contra las mujeres entre Cataluña y Costa Rica

Los facilitadores y barreras comunes en el abordaje de la violencia contra las mujeres se pueden observar en la Tabla 3. Se describen en primera instancia los facilitadores comunes y, posteriormente, las barreras.

Tabla 3.

Facilitadores y barreras comunes en el abordaje de la violencia de género hacia las mujeres en Cataluña y Costa Rica, 2012.

Dimensión	Facilitador	Barrera
Contexto	- Experiencias pioneras	Desensibilización ciudadana
	- Movimiento de mujeres	
	- Leyes y políticas	
Conceptualización	- Paradigma biopsicosocial de la salud	Paradigma biomédico
	- Perspectiva de género	
	- Violencia estructural	
Relación con otros actores	- Conocimiento de profesionales de redes	
	- Trabajo en equipo	
Rol profesional	- Interés y compromiso	- Carencia del tema de VG en currículo universitario
	- Aprendizaje nuevas habilidades	- Desinterés o prejuicios

Continúa en la siguiente página...



Impacto en la vida personal	- Cambios personales	- Ausencia de cuidado institucional
	Autocuidado	- Barreras internas
	- Separación de roles	
	Diversificar actividades	

Fuente: Elaboración propia.

4.2.1 Facilitadores comunes

En relación con los facilitadores comunes, se establecieron los siguientes: experiencias pioneras, el paradigma biopsicosocial, la construcción de un marco común, el reconocimiento de las personas que trabajan en la red de atención, el interés y compromiso profesional con el tema, el aprendizaje de nuevas habilidades y las estrategias personales.

4.2.1.1 Experiencias pioneras

En ambos contextos, la mayoría de las organizaciones civiles y los movimientos tanto feminista como de mujeres han sido protagonistas en visibilizar la violencia contra las mujeres como problema de salud en las agendas políticas.

Yo no entro a salud directamente digamos, yo empezaba...empiezo en los años... finales de los años 80 a trabajar con lo que era el Comité Nacional contra la Violencia, de Violencia contra las mujeres que en ese momento lo había de alguna manera conducido especialmente CEFEMINA, yo empecé a trabajar con ellos lo que era los grupos de apoyo, cuando empezó a hablarse de la Violencia contra las mujeres como un asunto público no privado (CR02).

En Cataluña, la transición del franquismo a la democracia movilizó el trabajo comunitario a partir de los ayuntamientos y las propuestas de trabajo desde las necesidades de las mujeres. "Pertenezco a una generación que acababa justamente cuando moría el franquismo y por tanto hubo una consciencia muy viva de que estaban construyendo un sistema de servicios sociales democrático por primera vez en el Estado y muy conscientes de la responsabilidad" (CAT06).

La atención de la violencia machista, llamada así en Cataluña, tiene sus primeras aproximaciones en los barrios con la ayuda de ayuntamientos y organizaciones sociales. "Nou Barris fue pionero, un equipo que luego se fue transformando para toda la ciudad y fue un equipamiento de ciudad". (CAT05).

4.2.1.2 Paradigma biopsicosocial en salud

La mayoría de las expertas señala que el modelo de intervención para abordar la violencia contra las mujeres requiere partir de una concepción de violencia que comprenda sus orígenes en la cultura y en las estructuras sociales. Señalan que es necesario romper con los paradigmas biologicistas de la salud que contemplan solo el síntoma físico. De ahí que se deba reflexionar en los conceptos de salud y desde cuál paradigma se incorpora el abordaje en las prácticas sanitarias. Una de las participantes costarricenses refuerza este aspecto al mencionar que lo primero que se trabajó fue la resistencia del personal de salud: "Los médicos todos estaban en contra, que eso no era un problema de salud pública, que la violencia intrafamiliar no nos tocaba a nosotros, que le tocaba a justicia, que le tocaba a la policía" (CR03). Otra experta indica:



Porque si tú abor das este tema que es un tema complejo, que es un tema que afecta a la persona de una forma integral, que afecta su salud física, psíquica, social, pues es una manera de hacer...de hacer aplicable a cualquier problema de salud que afectan a la persona de esta forma integral, bueno todos los problemas de salud afectan a la persona en forma integral, es como un ejemplo paradigmático de atención biopsicosocial con perspectiva de género, que es lo que está por añadir (CAT02).

Cuando se entiende y logra realizar esa ruptura paradigmática, se puede deducir que la atención en salud necesita de distintos actores y depende de diferentes niveles.

4.2.1.3 Construcción de un marco común

Las expertas coinciden que, para abordar la violencia contra las mujeres desde el ámbito sanitario, debe trabajarse con diferentes instituciones, disciplinas y recursos comunitarios, lo cual requiere un marco común de referencia.

El protocolo marco lo que establece es el modelo de intervención, tanto el modelo conceptual que es el mismo del que habla la ley, es el modelo ecológico, vale, y dice que se ha de trabajar desde este modelo, por tanto, desde el análisis individual, social y el cultural, se promueve un trabajo coordinado integral (CAT04).

Siguiendo la misma idea, en Costa Rica, se hace el siguiente planteamiento:

El problema de la violencia es un problema multifactorial y multicausal y, por lo tanto, es imprescindible la coordinación interinstitucional e intersectorial porque nada hago yo con tener un servicio de atención especializado con un buen equipo de psicólogas, de trabajadoras sociales y de abogadas si lo que se refiere a accesos a recursos de apoyo para las mujeres no hay nada (CR04).

4.2.1.4 Reconocimiento de las personas que trabajan en red

La mayoría de las personas expertas señalan que el nivel de conocimiento entre las personas facilita la coordinación de los servicios, permite resolver conflictos entre instituciones y mejora la atención a las mujeres.

Creo que todos son beneficios al trabajar en red porque se potencia, nos potenciamos, el hecho que un profesional y otro, lo que te decía de la coordinación de todos los profesionales, genera una "xarxa", una red de soporte a las mujeres, que es lo que les falta y caracteriza a las víctimas, la falta de red (CAT07).

Cuando uno conoce a la gente personalmente es más fácil tomar un teléfono y llamarla y decirle, mirá tengo una situación así, me podés ayudar o qué me recomendás, entonces más fácil, igual hacían ellos me llamaban igual y coordinábamos de una vez (CR01).

4.2.1.5 Interés y compromiso con el tema

En ambos contextos, se ha encontrado que el rol profesional se asocia con los intereses personales, el autoestudio, las experiencias de vida, los referentes profesionales y con la vocación; así lo comentan las participantes:



Cuando yo me pongo a ver qué hizo que yo esté trabajando aquí, yo veo que fue más que una necesidad de empleo, verdad, usted sabe que yo trabajé con el Ministerio de Educación Pública y que me hubiera orientado más por una cuestión de problemas de aprendizaje o necesidades educativas, pero no, en realidad había algo que me inquietaba, a veces me pongo a pensar de que desde niña yo sentía que había algo que no era justo, no sabía yo cómo ponerle nombre a esto, o cómo decirlo en ese momento, ahora yo lo veo y yo sentía la injusticia (CR05).

Yo pienso que te cambia la mirada porque yo a pesar de que llevaba más de 24 años trabajando en servicios sociales, sí que es verdad que cuando llegué aquí, cuando empecé ya a llevar el tema con cierto tiempo empecé a ver cosas que no veía antes, incluso dentro de mi círculo próximo, te das cuentas que tú vas reproduciendo modelo en tu propia vida, en la crianza de tus hijos o con tu pareja, de tú misma, de lo que asumes o del espacio que dejas y el que no dejas entre la pareja (CAT06).

4.2.1.6 Aprendizaje de nuevas habilidades

Las expertas han tenido que aprender distintas habilidades que su formación de base no les ha proporcionado; entre ellas negociación, comunicación, planificación, política y gestión de proyectos. Las participantes indican: “Ha tocado hacer de todo, desde ser las gestoras, sentarse a escribir un proyecto, a negociar, que es muy importante porque tiene que ver con nuestros presupuestos y proyectos” (CR05).

Por otra parte, señalan que

Yo creo que saber que tienes una parte donde puedes crear cosas te permite escuchar de otro modo, te permite escuchar que a lo mejor lo que podrías ofrecer es otro servicio, podrías ofrecer otra cosa que estaría bien o hubiera ido mejor con la que este caso se hubiera detectado, yo creo que es lo que te mantiene más, más unida a esa parte creativa y fuerte y buena del asunto (CAT03).

Algunas expertas indican que el tipo de acercamiento a las mujeres necesita una persona profesional en la salud que desarrolle capacidades de escucha, respeto de los ritmos y el ciclo de vida de las mujeres. El rol se enfoca en facilitar y acompañar a las mujeres, y debe abandonar su rol de solución y cura. La intervención propiamente busca el empoderamiento de las mujeres a través de estrategias como la escucha, el potenciar la participación y la autogestión, una de las participantes comenta: “La atención está enfocada hacia el empoderamiento de las mujeres, ese es el modelo de atención, y no es que resolvemos la vida y las mujeres vienen aquí esperando que yo les dé la respuesta” (CR05).

4.2.1.7 Estrategias personales

Las expertas, en su mayoría, señalan que el trabajo con la violencia tiene un componente de toxicidad; se necesita el autocuidado porque las constantes situaciones que se viven con las mujeres afectan la vida personal y ponen a prueba emociones y decisiones.

“Y que podía decirte, a nivel personal, pues si me afectaban los grupos, los relatos que yo escuchaba a veces los pagaba mi marido, te lo digo con todo reconocimiento. Él me decía, a ver cuándo acaba este proyecto (se ríe), yo le decía no es que este proyecto no se acaba... porque estaba cansado de oír aquellos relatos desagradables. Ahora lo veo distinto, no, ahora pienso, que bien que tengo un marido que me quiere y me cuida, pero en aquellos momentos cualquier tema que sacábamos en donde había cierto punto más masculino, pues yo me enojaba” (CAT01).

Otra participante agrega:



[...]yo hay momentos en los que llego perdida, veme que yo ando con candelas, ando con esto, o sea, yo me hago masajes todas las semanas, o sea, yo trato de tener una vida, digamos donde pueda separar, pero hay casos en que vos te los llevás, o sea, por más que vos no querás te los llevás a tu casa, entonces vos pasás y decís, mirá yo debí haberle dicho a la secretaria esto y esto y esto, y como que le das vuelta al asunto, entonces sería mentira decir que esto no afecta, sí, tiene su desgaste (CR03).

Algunas señalan como recurso importante el equipo de trabajo, ya que permite la coordinación, aprendizaje, seguimiento de casos y el apoyo de los pares. Por ello es fundamental invertir en desarrollar un equipo de trabajo que reflexione sobre su quehacer tal como lo expresan dos participantes cuando mencionan que “se debe saber trabajar con tu equipo, tiene que haber un espacio específico porque es así, todos los equipos profesionales reproducen lo que trabajan (CAT03) y “un día por la semana o una vez cada quince días donde se dé este espacio de catarsis, el cual considero muy importante plantearlo, esto y buscar asesorías también externas, considero que las hay, de muy buena capacitación (CR07).

4.2.2 Barreras comunes

En relación con las barreras comunes, se establecieron los siguientes: la falta de sensibilización ciudadana, las formas de evaluación en los sistemas sanitarios, la carencia de formación sobre el tema en algunas profesiones experiencias pionera las dificultades personales e institucionales con el autocuidado.

4.2.2.1 Falta sensibilización de la ciudadanía

La mayoría de las expertas señalan que es importante, como mecanismo de promoción y prevención, trabajar con la ciudadanía, de manera que se establezca desde niveles educativos tempranos la comprensión de las desigualdades entre hombres y mujeres y el reaprendizaje de los roles masculinos y los femeninos. Una de las personas participantes expresa que “todavía nos falta mucho en educación, divulgación y sobre todo a nivel de sistema educativo, del MEP³, creo que hemos fallado mucho en promoción y prevención” (CR01). Otra participante señala:

Yo creo que tendría que naturalizar mucho el tema, lo cual no quiere decir superficializar, sino en el sentido de asimilar que existe y no percibirlo como una cosa rara o que le pasa al otro, que es un problema estructural y reconocer absolutamente todos de que esa estructura y esa desigualdad de relación es el problema y no porque la mujer es así o el hombre es así, sino que se utiliza la violencia para imponer y domesticar a la mujer (CAT08).

4.2.2.2 Formas de evaluación del trabajo en violencia contra las mujeres en los sistemas sanitarios

Las personas expertas, en ambos contextos, señalan la necesidad de valorar los sistemas de evaluación de resultados de los sistemas sanitarios, puesto que esos únicamente contemplan la cuantificación de casos y no los procesos y multiplicadores de una atención de calidad. Una de las participantes indica: “Cuando a mí sólo me piden resultados en base al número de personas atendidas y no puedo explicar de otro modo qué hago, entonces qué sentido tiene mi intervención” (CAT03). Otra participante señala:

Lo que finalmente en compromisos de gestión no se resuelve como diabetes, si vos tenés un paciente compensado ese fue un logro, que yo siempre discuto porque quién dice que el medicamento fue el que produjo el cambio sino la historia de vida de esos hombres y mujeres con diabetes, qué es lo que compensas, es que la parte psicológica en este país está ausente, todo lo que es Salud Mental desde una visión integral para los médicos, no se puede demostrar que los servicios de salud mental hagan una diferencia, entonces no se invierte (CR02).

³ MEP se refiere al Ministerio de Educación Pública de Costa Rica



4.2.2.3 Carencia de formación en el tema en algunas profesiones

Algunos profesionales manifiestan que en su formación como profesionales carecieron de conocimientos a nivel del tema de violencia. Señalan la necesidad de superar los vacíos curriculares en los casos de la medicina y la psicología, no así en el caso de trabajo social quienes en su formación de base contemplan temas sobre las distintas manifestaciones de la violencia y sus implicaciones en la salud. Algunos de los señalamientos en este sentido se pueden observar en los siguientes párrafos de las entrevistas: "Lamentablemente en la formación como psiquiatra nunca había tenido mucha información" (CR01). "Empecé a formarme por aquel entonces, era un tema del que no había prácticamente libros y bueno, yo los desconocía" (CAT08).

4.2.2.4 Dificultades personales e institucionales con el autocuidado

Todas las personas entrevistadas mencionan que el trabajo con la violencia contra las mujeres indudablemente ha repercutido en sus vidas. Una participante menciona:

La huella que todos estos relatos marcan en el profesional o la profesional que lleva años escuchando todos estos relatos, pues ya sabes tú que, yo hay muchas temporadas que necesito...mi salud mental, ya te digo, mi salud mental hay temporadas que está muy bien y hay temporadas que honradamente lo reconozco que, que no me apetece (CAT08).

Por otra parte, se agrega:

A mí me han pasado varias cosas aquí, yo he necesitado muchas veces dentro de un relato decirle a la persona, ¿me permite un momento?, e ir a buscar un vaso de agua, no para ella, sino para mí, verdad, lo he necesitado (CR05).

En ambos contextos, los sistemas de sanidad no han establecido espacios de autocuidado.

5. Discusión

Los hallazgos de este estudio señalan el papel de los movimientos sociales en la construcción de procesos de salud para abordar la violencia contra las mujeres, coincide con el compromiso y visión de la comunidad, los gobiernos locales y la sociedad civil necesarios en el abordaje de la violencia que indica (World Health Organization [WHO], 2005). Los resultados destacan la importancia del funcionamiento de los circuitos, en el caso de Cataluña, y de la red interinstitucional y comunitaria, en Costa Rica. Este hallazgo concuerda con los planteamientos de Cantera y Cabezas (2000) quienes han destacado la importancia de las conexiones sociales y la red de soporte para poder derivar a las mujeres. El trabajo conjunto de los servicios asistenciales comporta efectos positivos para las mujeres y para el personal técnico implicado. Se ha mostrado el papel que juegan los protocolos y la coordinación en red para fortalecer los servicios que se brindan a las mujeres en ambos contextos. Algunos estudios (Colombini, Mayhew, y Watts, 2008; Ortiz-Barreda y Vives-Cases, 2012) presentan esta herramienta como integradora, ya que puede ayudar a institucionalizar los servicios en violencia contra las mujeres y mejorar su implementación. Algunas de las barreras más importantes, destacadas en diferentes estudios, dan importancia a los factores socioculturales (Arredondo-Provecho et al., 2008; Djikanovic et al., 2010).

Nuestros hallazgos añaden que un elemento de la cultura organizacional a tomar en cuenta es el paradigma de salud desde el cual se actúa. El paradigma biopsicosocial en salud resulta un facilitador para el abordaje de las mujeres víctimas de la violencia, es importante la ruptura con un paradigma biomédico para mejorar el modelo de atención. En este sentido estudios cualitativos (Guedes, Fonseca, y Egly, 2013; Signorelli, Auad y Pereira, 2013) encontraron que la medicalización es una barrera importante en la detección de la violencia contra las mujeres. Por otra parte, Ruiz-Pérez et al. (2004) señalaron en un



estudio sobre la salud de las mujeres que la violencia contra las mujeres tiene consecuencias que trascienden el modelo biomédico, por tanto no puede ser valorada como lesiones o enfermedad no transmisible, sino que es un factor de riesgo con consecuencias para la salud de las mujeres.

Por otra parte, la concepción de violencia de género hacia las mujeres también necesita ser aclarada ya que puede estar teñida de prejuicios y mitos.

Otro hallazgo es la falta de conocimientos en la formación de base sobre la violencia como problema de salud. Las personas participantes señalaron que esta formación debe ir de la mano de una sensibilización. Esto coincide con Hamberger (2007) quien señala que el entrenamiento en violencia, para el personal médico, debe contener tres elementos: el conocimiento médico, las actitudes profesionales y las habilidades clínicas. Por otra parte, un elemento importante que se muestra es el papel de los intereses y motivaciones en la formación, el desarrollo de habilidades y competencias en la ejecución del rol profesional.

Las personas participantes en nuestro estudio, igual que otros (Street, Makoulc, Arora, y Epstein 2009; Feder, Hutson, Ramsay y Taket 2006), plantean como clave el rol de escucha y de comunicación con las mujeres, el cual es aprendido en la práctica y conforme se desarrollan nuevos conocimientos en el tema. A nivel del impacto en la vida personal, nuestros resultados muestran que algunos efectos son la frustración, la hipersensibilidad y el desgaste, además aparecen situaciones donde se trabaja más allá de las propias capacidades. Esto coincide con lo que se ha destacado en la literatura sobre la contaminación psíquica, la identificación, el manejo de la frustración y el quemarse o burnout como consecuencias del trabajo con la violencia (Lancman, Ghirardi, Dias de Castro y Amodeo 2009; Goldblatt, Buchbinder y Eisikovits 2009). Además, la necesidad de los mecanismos de autocuidado, llamados mecanismos de higienización por Cantera (2004), ya que los profesionales de la salud que absorben diariamente la violencia pueden sentir que se derrumba sus perspectivas de vida, de pareja y de relación con las mismas mujeres (Goldblatt et al., 2009).

Se plantea también que los equipos de trabajo pueden ser un facilitador del cuidado institucional, hallazgo que coincide con los resultados de Chang *et al.*, (2009); por último, los resultados sugieren que se requiere mejorar el acceso a la educación para transformar las normas de género y actitudes en ambos contextos. Además, la necesidad de trabajar con diferentes poblaciones que se ven afectadas por la violencia de género hacia las mujeres como jóvenes, niños y niñas, hombres agresores. Este aspecto coincide con Abramsky et al. (2011) quienes señalan la necesidad de brindar un soporte a los niños y niñas expuestos a la violencia en el hogar como parte de las acciones de promoción y prevención indispensables y urgentes en el abordaje de la violencia contra las mujeres.

Las limitaciones de este estudio derivan, por un lado, de la carencia de información para explorar las estrategias que permitirían superar las barreras principales al abordaje de la violencia contra las mujeres y, por otro, de un posible sesgo en la muestra, puesto que, al incluir solo un experto varón, pudo influir la identidad de género en la información suministrada sobre el ejercicio profesional del abordaje de la violencia contra las mujeres. Futuras investigaciones pueden abordar el tema de las estrategias y los procesos de mejora desde las perspectivas de las personas profesionales expertas y no expertas, así mismo evaluar y comparar si existe influencia de la identidad de género en la forma de abordaje. En cuanto a fortalezas, la participación de distintas personas profesionales, desde diferentes localizaciones de la red de atención a las mujeres, ha dado información que permite entender la salud y el abordaje de la violencia contra las mujeres desde un enfoque integral. Las personas participantes mostraron interés y apertura a esta investigación, además contribuyeron en la retroalimentación de los resultados.



6. Conclusiones

En este estudio, se identificaron diferentes dimensiones en el abordaje de la VG hacia las mujeres en los contextos de Cataluña y Costa Rica, tales como: contexto, modelo de intervención, concepción de VG hacia las mujeres, relación del ámbito sanitario con otros actores, rol profesional e impacto en la vida personal. Los principales resultados señalan que los facilitadores comunes en ambos contextos son la red interinstitucional con un marco común y la red profesional, una concepción biopsicosocial de la salud, claridad sobre lo que se entiende por violencia y del paradigma de género en el modelo de intervención. También, tiene un importante papel en el rol de las personas profesionales de la salud, su motivación e interés y la satisfacción con lo que se hace. De esta manera es importante señalar que las concepciones desde las cuales se aborda la violencia contra las mujeres es clave y un tema que debe seguirse explorando y trabajando. En cuanto a la visión biopsicosocial de salud, es facilitadora en la medida que entiende tanto la salud y la enfermedad atravesadas por diferentes factores como su rol facilitador y de acompañamiento más que curativo, indaga en la sintomatología y trabaja sobre los factores protectores y de riesgo. El papel de la red revela la importancia del conocimiento de los recursos de la comunidad como un soporte en el abordaje de la violencia contra las mujeres que acuden al ámbito sanitario, además, de serlo para las personas profesionales de la salud. La formación es sin duda un elemento facilitador, las personas expertas mostraron que un elemento que marcó su carrera profesional fue el interés por autoformarse; esto es lo que “cambió su mirada” y colaboró para reaprender habilidades.

Ante el impacto que tiene trabajar con la violencia para las personas profesionales de la salud, tanto el trabajo en equipo como en red de servicios comunales e interinstitucionales puede significar un espacio de apoyo. Las personas participantes han señalado con detalle y riqueza de significado en este estudio en que consiste el impacto en la vida personal del contacto y el abordaje con las mujeres. Ha quedado claro que la violencia y sus relatos llegan a constituirse en un tema que vulnera la salud mental, tal como ha sido planteado por Lancman, Ghirardi, Diaz y Amodeo (2008), y en la vida personal (Goldblatt et al. 2009).

Por último, se encontró, como barreras comunes en ambos contextos, la falta de mayor promoción y prevención y la carencia de formación en los currículos profesionales. El conocimiento de los facilitadores y barreras son útiles para la toma de decisiones para gestores, planificadores y las prácticas asistenciales de las personas profesionales de la salud que trabajan con las mujeres. En este sentido, el estudio brinda elementos para fortalecer los factores protectores del rol profesional en el abordaje de la violencia contra las mujeres tales como las prácticas de autocuidado que se deben propiciar personal e institucionalmente, la formación constante, el soporte del trabajo en equipo e intersectorial y a la vez, que permita incidir en factores de riesgo como la falta de promoción de la sensibilización ciudadana, la escasa sensibilización de otras personas profesionales de la salud que trabajan en los sistemas que pueden obstaculizar el abordaje y la carencia de espacios de autocuidado institucionales.

7. Referencias

- Abramsky, T., Watts, C.H., García-Moreno, C., Devries, K., Kiss, L., Ellsberg, M., ... Heise, L. (2011). What factors are associated with recent intimate partner violence? *BMC Public Health*, 16(11), 109. doi: 10.1186/1471-2458-11-109.
- Adjuntament de Barcelona. (2017). *Informe de seguimiento 2016-2017 de la medida de gobierno: mejora del sistema para el abordaje integral de las violencias machistas*. Barcelona, España: Dirección de Feminismos y LGTBI.



- Arredondo-Provecho, A., del Pliego-Pilo, G., Nadal-Rubio, M. y Roy-Rodríguez, R. (2008). Conocimientos y opiniones de los profesionales de la salud de atención especializada acerca de la violencia de género. *Enfermería Clínica*, 18(4), 175-182. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-linkresolver-conocimientos-opiniones-los-profesionales-salud-S1130862108721922>
- Cantera, L. (2004). *Más allá del Género. Nuevos enfoques de "nuevas" dimensiones y direcciones de la Violencia de pareja* (Tesis doctoral). Recuperado de <https://ddd.uab.cat/record/37259?ln=es>
- Cantera, L. y Cabezas, C. (2000). Violencia y Género. Acta del Congreso Interdisciplinar sobre Violencia y Género. En M. López, M. Jiménez y E. Gil (Ed.), *La red interprofesional como fundamento para una intervención eficaz en el campo de la violencia de género*. Málaga, España: Centro de Ediciones de la Diputación de Málaga.
- Centro Nacional para la Mujer y la Familia. (1996). *Plan Nacional para la Atención y la Prevención de la Violencia Intrafamiliar. Plan Operativo 1996-1998. PLANOVI*. San José, Costa Rica: Autor
- Chang, J., Buranosky, R., Dado, D., Cluss, P., Hawker, L., Rothe, E., ... Scholle, S. (2009). Helping women victims of intimate partner violence: comparing the approaches of two health care settings. *Violence and Victims*, 24(2), 193-203.
- Colombini, M., Mayhew, S. y Watts, C. (2008). Health-sector responses to intimate partner violence in low and middle-income settings: a review of current models, challenges and opportunities. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(8) 635-642. doi: 10.2471/BLT.07.045906
- Djikanovic, B., Celik, H., Simic, S., Bojana, M. y Viktorija, C. (2010). Health professionals' perceptions of intimate partner violence against women in Serbia: opportunities and barriers for response improvement. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 88-93. doi:10.1016/j.pec.2009.09.028
- Feder, G.S., Hutson, M., Ramsay, J. y Taket, A.R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of internal medicine*, 166(1), 22-37. doi:10.1001/archinte.166.1.22
- Guedes, R. N., Fonseca, R. M. y Egry, E. Y. (2013). Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 304-311. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>
- Goldblatt, H., Buchbinder, E. y Eisikovits, Z. (2009). Between the professional and the private. The meaning of working with Intimate Partner Violence in Social Workers' Private Lives. *Violence Against Women*, 15(3), 362-384. doi: 10.1177/1077801208330436
- Grupo de trabajo sobre implementación del GPC. (2009). *Implementación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud del Ministerio Metodológico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social*. España: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, España.
- Hamberger, L. (2007). Preparing the next generation of physicians Medical School and Residency-Based Intimate Partner Violence. Curriculum and Evaluation. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(2), 214-255. doi: 10.1177/1524838007301163
- Institut Català de las Dones y Generalitat de Catalunya. (2009). *Plan de Políticas de Mujeres del Gobierno de la Generalitat de Cataluña*. Barcelona, España: Autor.



- Lancman, S., Ghirardi, M.I., Diaz, E. y Amodeo, T. (2009). Repercussions of violence on the mental health of workers of the family health program. *Revista De Saúde Pública*, 43(4), 682-688. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/672/67240178015.pdf>
- Ministerio de Salud, Vigilancia de la Salud. (2015). Casos *Notificados de Violencia Intrafamiliar en Boleta VE-01*. San José, Costa Rica. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/3035-notificacion-vif-costa-rica-2015/file>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género*. Madrid, España. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud/3035-notificacion-vif-costa-rica-2015/file>
- Ortiz-Barreda, G. y Vives-Cases, C. (2012). Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislación internacional. *Gaceta Sanitaria*, 26(5), 483-489. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/gsv26n5/politicas.pdf
- Rojas, K. (2014). *La violencia de género desde la perspectiva de las políticas de salud y la experiencia de los profesionales de la salud. Estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica* (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Rojas, K., Gutiérrez Rosado, T., Cantera, L. M., Marengo, L. y Fernández-Sánchez, A. (2014). Tendencias en salud de políticas y planes en violencia contra las mujeres. *Revista Saúde Pública*, 48(4), 613-621. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004797
- Rovira, A. (2012). Rellevancia Clínica. En S. C. CAMFIC, *Violencia de género i Atenció Primària de Salut: una visió des de la consulta* (pp.19-22). Barcelona, España: EdiDe,SL.
- Ruiz-Pérez, I., Blanco-Prieto, P y Vives-Cases, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja:determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 2), 4-12. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003
- Signorelli, M. C., Auad, D. y Pereira, P. P. G. (2013). Violência doméstica contra mulheres ea atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 29(6),1230-1240. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2013000600019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Street, R.L. Jr., Makoulc, G., Arora, N.K. y Epstein, R. (2009). How does communication health outcomes? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Couseling*, 74, 295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.
- Valdez-Santiago, R. y Ruiz-Rodríguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres:¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública de México*, 51(6), 505-511. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es&tlng=es.
- World Health Organization. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra, Suiza: Autor. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/43390>



8. Reconocimientos

Estamos agradecidas con todas las personas expertas que participaron en las entrevistas y hacemos un reconocimiento especial a la Dra. Marcela Campabadal, quien contribuyó en la conducción de las entrevistas en Costa Rica. Este estudio tuvo el aporte financiero de Project European LLP E2NHANCE Grant ECW 2009-1657/ a través de una beca a la doctora Kattia Rojas Loría para sus estudios en Psicología de la Salud y el Deporte de la Universidad Autónoma de Barcelona.

9. Anexos

Anexo 1.

Consentimiento Informado para entrevistas en para Cataluña



Doctorado de Psicología de la Salud

Objetivo del estudio

La presente investigación se enmarca en un proyecto de tesis doctoral de la Máster Kattia Rojas Loría. El propósito es conocer, desde una perspectiva de género, las experiencias de las personas profesionales involucradas en el ámbito de la salud y su relación con el abordaje de las mujeres que sufren violencia de género. Esas experiencias permiten ser fuente de análisis de los servicios, necesidades y prácticas para valorar los procesos surgidos desde la aplicación de las políticas y planes que se han gestado en Costa Rica y Cataluña.

La sesión tiene una duración máxima de una hora y se le pedirá que nos cuente su experiencia en este campo de trabajo desde sus distintos roles. La entrevista será registrada en audio para su posterior transcripción y análisis, eliminando de la transcripción cualquier dato que permitiera identificarla.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y, si así lo desea, podrá abandonarlo en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio.

Declaración de consentimiento informado

_____ manifiesta que:

- 1) Participa voluntariamente en esta investigación.
- 2) Permite la grabación y transcripción de la entrevista.

El equipo de investigación está integrado por M.Sc. Kattia Rojas Loría, Dra. Teresa Gutiérrez, Dra. Ana Fernández y Dr. Francisco Villamarían declara que:

- 1) Mantendrá el anonimato de las personas que hayan participado en esta investigación, y la confidencialidad de los datos se deriven de ella, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (España).
- 2) Informará al participante (si lo solicita) de los resultados generales de la investigación cuando ésta finalice.

Continúa en la siguiente página...



Tras leer este documento, consiento en participar en la entrevista

Firma de la persona participante

P/Equipo de investigación

Bellaterra, _____ de 2012

Si es de su interés, puede facilitarnos a continuación su dirección mail de contacto para recibir, una vez terminado el estudio, los resultados generales del mismo. e-mail_____ Si le surgiera cualquier duda en relación con el estudio, recuerde que también podrá remitirla a la dirección de correo electrónico del rkattia@hotmail.com tel. (506)2293-3348

Consentimiento Informado para entrevistas en para Costa Rica



Doctorado de Psicología de la Salud

Objetivo del estudio

La presente investigación se enmarca en un proyecto de tesis doctoral de la Máster Kattia Rojas Loria. El propósito es conocer, desde una perspectiva de género, las experiencias de las personas profesionales involucradas en el ámbito de la salud y su relación con el abordaje de las mujeres que sufren violencia de género. Esas experiencias permiten ser fuente de análisis de los servicios, necesidades y prácticas para valorar los procesos surgidos desde la aplicación de las políticas y planes que se han gestado en Costa Rica y Cataluña.

La sesión tiene una duración máxima de una hora y se le pedirá que nos cuente su experiencia en este campo de trabajo desde sus distintos roles. Las entrevistas las realizará la Dra. Marcela Campabadal quien colabora en este proyecto en Costa Rica. La entrevista será registrada en audio para su posterior transcripción y análisis, eliminando de la transcripción cualquier dato que permitiera identificarla.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria y, si así lo desea, podrá abandonarlo en cualquier momento sin ningún tipo de perjuicio.

Declaración de consentimiento informado

_____ (nombre) manifiesta que:

- 3) Participa voluntariamente en esta investigación.
- 4) Permite la grabación y transcripción de la entrevista.

El equipo de investigación está integrado por M.Sc. Kattia Rojas Loría, Dra. Teresa Gutiérrez y la Dra. Ana Fernández declara que:

Continúa en la siguiente página...



- 3) Mantendrá el anonimato de las personas que hayan participado en esta investigación, y la confidencialidad de los datos se deriven de ella, en cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal (España).
- 4) Informará al participante (si lo solicita) de los resultados generales de la investigación cuando ésta finalice.

Tras leer este documento, consiento en participar en la entrevista

Firma de la persona participante

P/Equipo de investigación

Costa Rica, el día _____ de 2011

Si es de su interés, puede facilitarnos a continuación su dirección mail de contacto para recibir, una vez terminado el estudio, los resultados generales del mismo. e-mail _____ Si le surgiera cualquier duda en relación al estudio, recuerde que también podrá remitirla a la dirección de correo electrónico del rkattia@hotmail.com tel. (506)2293-3348

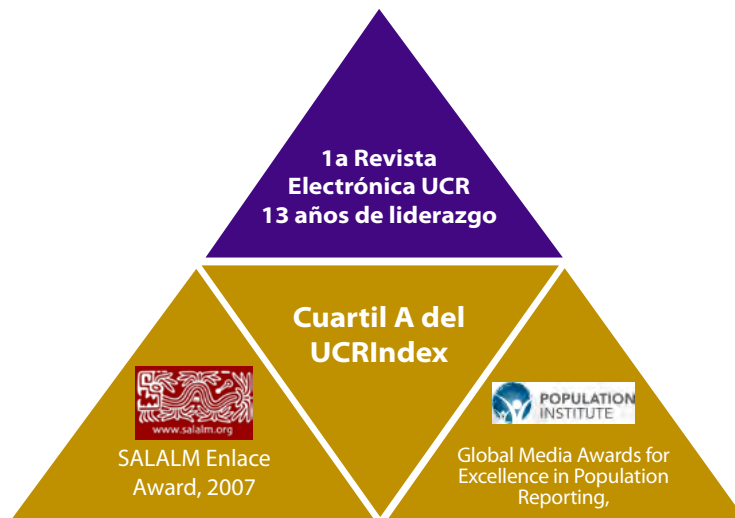


Población y Salud en Mesoamérica

PSM

¿Desea publicar en PSM?
Ingrese **aquí**

O escribanos: revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que cambió el paradigma en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la primera en obtener sello editorial como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro

Indexada en los catálogos más prestigiosos.
Para conocer la lista completa de índices, ingrese **aquí**



[Revista Población y Salud en Mesoamérica](#)

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

