



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA

TRABAJO DE TESIS PARA
OPTAR AL TITULO
DE MAESTRAS EN SALUD PUBLICA

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR
UN PROBLEMA DE SALUD
Municipio San Marcos, Carazo 1999

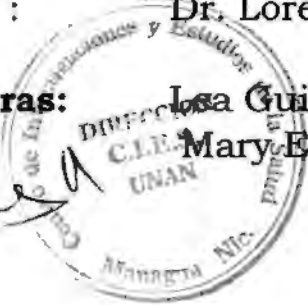
Autoras: Carme Clavel Arcas
Fátima Real Romero

Tutor : Dr. Lorenzo Muñoz

Asesoras: Lisa Guido
Mary Ellsberg

msluzo v.

Ramón Arce



Setiembre de 1999

INDICE

	Págs.
RESUMEN	
DEDICATORIAS	
I.- INTRODUCCION	1
II.- ANTECEDENTES.....	3
III.- JUSTIFICACION.....	6
IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
V.- OBJETIVOS	8
VI.- MARCO TEORICO.....	9
VII.- METODOLOGIA.....	21
VIII.- RESULTADOS.....	29
IX.- ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	54
X.- CONCLUSIONES.....	77
XI.- RECOMENDACIONES.....	82
XII.- BIBLIOGRAFIA REVISADA.....	84
XVII BIBLIOGRAFIA CITADA	86
XIII. ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Lorenzo Muñoz , por habernos mostrado la excelencia en el trabajo investigativo. Por guiarnos y acompañarnos en el difícil camino de este estudio. Gracias por su paciencia, sus consejos, su confianza en nosotras y en nuestro compromiso. Ello nos servirá de estímulo en el largo recorrido profesional que ya hemos iniciado.

A Lea y Mary, gracias porque su entrega tesonera en el campo de la investigación de la salud para alcanzar la erradicación de la violencia intrafamiliar ha sido una brújula en este esfuerzo. Gracias por ser pioneras con este tema en Nicaragua y abrir la brecha que hoy también hemos decidido transitar. Nuevamente gracias Mary Ellsberg y Lea Guido por acompañarnos y confiar en nosotras.

Al CIES que, a través de algunos profesores y profesoras, se interesaron en este tema y encontraron en conjunto con nosotras y de nuestros trabajos una dimensión muy importante de la salud pública a la cual dedicarle los mejores esfuerzos de los y las salubristas. Les invitamos a seguir desarrollándolo.

Agradecemos también al Proyecto SAREM y al SILAIS de Carazo, que nos dieron la oportunidad de realizar esta investigación en el Municipio de San Marcos. Al personal de salud, a la población y los actores sociales del municipio por su decidida participación.

A nuestras compañeras de la Maestría de Salud Pública de 1997-1998 por su solidaridad en las aulas durante todo el tiempo compartido. A quienes en las oficinas nos acompañaron con su apoyo, en especial a Zeneyda por su inagotable energía en los últimos días.

Fátima Real Romero

Carne Clavel Arcas

DEDICATORIA

A todas las mujeres de Nicaragua que han vivido y viven el horror de la violencia dentro de sus propios hogares, para que conozcan que están surgiendo luces en la oscuridad: manos unidas a otras manos, abriendo nuevos caminos de esperanza hacia el derecho de las mujeres de vivir una vida libre de violencia.

A la memoria de mi padre, quien siempre creyó en mí, y me inculcó con su amor y ejemplo su profunda abnegación por la paz, en la familia, en la nación y en el planeta. Por heredarme el inalcucable valor del conocimiento y la formación académica, que dispuestos al servicio de la sociedad es un paso firme a la libertad, a la honestidad y a la plenitud de la vida.

A mi madre, mi esposo, a mi hija e hijo, por infinito amor y ternura que llena de energía mi vida; porque su solidaridad y su comprensión ante tantos días y horas lejos de ellos. Respaldó mi entrega en este esfuerzo. A toda mi familia, por reafirmarnos cada día el valor de ser una familia y fortalecer así mi compromiso de trabajar en beneficio de una sociedad justa, donde la convivencia solidaria de mujeres y hombres sea un estilo de vida garantizada por el uso de sus plenos derechos

Muy especialmente a las mujeres de mi familia para que en sus vidas brille para siempre “*el sol que por primera vez entró por su ventana.*”

Fátima Real Romero

DEDICATORIA

Quisiera dedicar el esfuerzo de esta investigación :

En primer lugar a todas las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas y sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar que han tenido la valentía, el coraje de hablar y de denunciar lo que les estaba pasando, su testimonio ha permitido que hoy la violencia intrafamiliar empiece a ser una epidemia que grita y que clama por su erradicación.

A todas las Zoilamérica , María, Juana, Elena, Patricia,...de Nicaragua, de Barcelona y del mundo entero ya que gracias a ellas estoy metida en esta historia del movimiento de mujeres y de la lucha contra la violencia hacia las mujeres y la niñez.

A mis compañeras y amigas de la Red de Mujeres contra la Violencia por que somos más de las que se piensan y por que creemos profundamente en lo que hacemos.

A mi mamá y mi abuela Carme ejemplos de mujeres luchadoras y trabajadoras hasta el cansancio y con mucha alegría por la vida.

A mi hijo Fabio por que quisiera que entendiera que su masculinidad no pasa por ejercer la violencia contra nadie .

A Daniela por compartir ilusiones, horas de trabajo e insomnio.

Y a todas mis amigas, amigos y a mi familia que siempre han creído en mi y me han apoyado.

Carmen Clavel Arcas

RESUMEN

El estudio que se presenta sobre Violencia Intrafamiliar. Un problema de Salud, fue una investigación desarrollada en el Municipio de San Marcos, Departamento de Carazo en el año 1999. La investigación fue desarrollada utilizando un diseño de investigación cualitativa a través de un enfoque etnográfico que posibilitó obtener información, sobre la percepción, conocimientos y prácticas del personal de salud, en relación a la atención de la sobrevivientes y víctimas de violencia intrafamiliar. Además del personal de salud del Municipio de San Marcos se obtuvo información, a partir de otros sectores claves del Ministerio de Salud a nivel Central y Local, de otras instituciones a nivel local y de expertos en el abordaje de este tema de violencia intrafamiliar.

Par el procesamiento y análisis de la información se definieron una serie de componentes y de descriptores y se diseñaron matrices para la síntesis de la información cualitativa obtenida, presentándose además los resultados en tablas y gráficos diseñados de acuerdo a los objetivos del estudio.

Principales hallazgos del estudio:

- El personal de salud de San Marcos, Carazo consideró que la violencia intrafamiliar es un grave problema de la Salud Pública.
- El personal de salud identificó como barrera en la detección de la violencia intrafamiliar en la Unidad de Salud, la falta de formación del personal lo que conlleva a la persistencia de creencias y mitos, como la de considerar la violencia intrafamiliar como un problema privado y por ello el miedo a preguntar por la reacción de los usuarios o del agresor.
- El personal de salud consideró en cuanto a conocimientos sobre violencia intrafamiliar, reconocerla principalmente como violencia física, aunque otros la conceptualizaron más como violencia de tipo económico y otros tipo emocional.

- Se expresó por parte del personal de salud que a pesar de contar con equipo de trabajo técnico para la atención de estos casos, la posibilidades del MINSA para dar respuesta de atención integral son limitadas.
- Otro aspecto referido es que se registra solamente en la mitad de las ocasiones a las personas que atienden por violencia intrafamiliar, reportándolo como un dato más de la historia clínica, sin que se visibilize la violencia intrafamiliar como motivo de consulta.
- La población en general identificó la violencia intrafamiliar en primer lugar como maltrato físico y en segundo lugar como maltrato psicológico.
- La población entrevistada en su mayoría no había recibido ninguna información sobre violencia intrafamiliar.
- La población reconoce en gran medida el rol determinante de la cultura y la socialización para la construcción machista, la base para la promoción de la desigualdad de los géneros a su vez fuente original de la violencia intrafamiliar.
- En relación a la prevalencia detectada de violencia intrafamiliar en la población se observó que el 29% de la población total entrevistada, afirmó ser víctima de violencia intrafamiliar en el momento de hacer el estudio.
- Existe el reconocimiento por parte de los actores y actoras entrevistados de que las mujeres son las principales víctimas de la violencia intrafamiliar, visualizando con gran relevancia a las niñas y niños como víctimas directas o como testigos de la violencia intrafamiliar
- Los actores y actoras entrevistados consideraron que la oferta de atención a víctimas de violencia intrafamiliar es limitada sobre todo en el caso de las niñas y de los niños

- Se refirió además que no está estructurada una red de referencia y contraferencia en salud a nivel municipal para la atención de estos casos.

Entre las principales recomendaciones está:

- Elaborar un Módulo de Formación en violencia intrafamiliar para facilitadores y facilitadoras y del personal de salud y otros actores sociales.
- Contar con un diseño de protocolo de atención a víctimas de violencia intrafamiliar para asegurar la atención integral a las personas que viven violencia intrafamiliar.
- Crear Centros de Salud, “ amigos de las mujeres y la niñez”, por su compromiso en la no violencia.
- Promover un plan municipal de actuación frente a la violencia intrafamiliar, fortaleciendo la coordinación intersectorial municipal, e incidir en la agenda de trabajo del comité intersectorial municipal con la temática de violencia intrafamiliar.

I.- INTRODUCCIÓN

El problema de la violencia hacia las mujeres, específicamente la violencia intrafamiliar y doméstica , ha experimentado a nivel mundial un gran cambio en la última década. De ser un tema silenciado por la historia cultural y asumido por la costumbre como un asunto privado que afectaba a pocas mujeres, hoy se considera un problema social, un problema de derechos humanos, así como también un problema de salud pública de gran envergadura, en el cual los estados y sus respectivos gobiernos tienen la obligación de intervenir.

Diversas investigaciones internacionales y nacionales sobre la salud de las mujeres, han evidenciado el profundo impacto que causa la violencia intrafamiliar y los efectos devastadores en la salud física y emocional de las mujeres y de otros miembros de la familia, en especial de los niños y niñas. Así como que las políticas públicas del sector salud cuentan con escasos recursos financieros, materiales y humanos entrenados para el abordaje integral de las personas que están viviendo Violencia Intrafamiliar (VIF)

En Nicaragua, los aún insuficientes esfuerzos dirigidos a dar respuesta a este tema en el área de la salud dieron sus primeros pasos desde las organizaciones de mujeres dentro de la sociedad civil. A esta iniciativa se ha sumado el Programa Subregional de la Mujer para Centroamérica de la OPS, como impulsor hacia el Ministerio de Salud, especialmente en lo relativo a trabajos de investigación acerca del modelo de atención a víctimas y sobrevivientes de VIF, formación de recursos humanos en salud; ruta crítica de las personas víctimas de VIF entre otros. De igual manera organismos como el BID, cuyas investigaciones han arrojado datos relacionados al alto gasto en que incurre el sector de la salud a consecuencia de la violencia intrafamiliar y desde el sector académico se destaca el Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad Autónoma de León, los cuales han contribuido a visibilizar la magnitud del problema de la VIF.

Los recursos humanos en salud son claves para la transformación y el abordaje de nuevas problemáticas a atender desde el sistema de salud, como es el caso de la Violencia Intrafamiliar Para ello es imprescindible la formación de los recursos humanos en los nuevos problemas de

salud; la capacitación sobre violencia intrafamiliar con enfoque de género, dirigida al personal de salud que dará atención, puede considerarse una de las piezas estratégicas para asumir con responsabilidad una respuesta frente a la magnitud de un problema de salud que afecta la vida de millares de mujeres en Nicaragua igual que en el resto del mundo.

El estudio que se presenta *Violencia Intrafamiliar, un Problema de Salud*. fue una investigación desarrollada en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo en 1999. La investigación fue implementada a través de un enfoque etnográfico que proporcionó información sobre la percepción, conocimientos y prácticas del personal de las unidades de salud frente a la atención de las sobrevivientes y víctimas de violencia intrafamiliar. Así mismo recopiló la percepción de la población de San Marcos y cuales son las respuestas y coordinaciones existentes entre los actores sociales claves del municipio para atender dicho problema. Con los resultados obtenidos se puede evidenciar un modelo para diseñar un plan de formación de recursos humanos en salud y a su vez proponer lineamientos para un módulo de capacitación para el personal de salud y actores sociales.

Esta investigación tuvo la oportunidad de desarrollarse en el marco del Proyecto SAREM con el SILAIS de Carazo. Dicho proyecto fue suscrito por los gobiernos de Finlandia y de Nicaragua para cuatro años y presenta la necesidad de una intervención en salud dentro del Programa de Salud Reproductiva y Empoderamiento de la Mujer adscrito al Ministerio de Salud. Considerando la violencia intrafamiliar, como un grave problema de salud, que afecta sensiblemente la capacidad de las beneficiarias para sustentar los logros de los objetivos de salud reproductiva y desarrollo socioeconómico definidos en el Proyecto.

II.- ANTECEDENTES

Las organizaciones de mujeres en el mundo que han venido trabajando arduamente sobre el problema de la violencia de género, incluyeron este tema como prioritario en la agenda durante la Década de las Naciones Unidas para la Mujer (1975-1985), durante la cual la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la primera resolución sobre la violencia contra las mujeres en noviembre de 1985.

Este reconocimiento es el resultado de más de dos décadas de activismo político de los grupos de mujeres en el mundo. Obteniéndose también a favor resoluciones como las de las últimas Conferencias Internacionales de Naciones Unidas, las de los Derechos Humanos (Viena, 1993); Población y Desarrollo (Cairo 1994); Desarrollo Social (Copenhague 1995) y la de la Mujer (Beijing 1995), donde la violencia hacia las mujeres fue reconocida como uno de los problemas principales que enfrentan las sociedades actuales. Algunas de las resoluciones de estas Conferencias han llevado en América Latina a 16 países a reformar leyes.

La Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud en 1996 declaró la violencia contra la mujer como una prioridad de salud pública, e instó a los países miembros a iniciar acciones para su atención y prevención.

A su vez los países miembros de la Organización Panamericana de Salud (OPS) consideraron la violencia contra la mujer como un problema de salud pública de gran magnitud y relevancia en la Región de las Américas y estimaron que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas para promover una cultura no violenta, de prevención y control de todas las formas de violencia (OPS/OMS 1993)¹.

Dentro del sector salud, en 1994 se aprobó el Proyecto Subregional de la Violencia Intrafamiliar contra la Mujer en Centroamérica, y en 1995 se aprobó el mismo proyecto en los países andinos Ecuador, Perú y Bolivia, como una manera de contribuir a todos los esfuerzos internacionales y locales para prevenir y combatir la violencia contra las mujeres.

En Nicaragua, los grupos de mujeres organizadas también han realizado muchos esfuerzos en provecho de combatir la violencia contra las mujeres. El Ministerio de Salud ha reconocido que la violencia hacia las mujeres es un grave problema de salud pública, a través del Decreto Ministerial 67-96 ^{II} en el año 1996, en el que manifestó la necesidad e importancia de atender este problema de salud (Anexo 1). La decisión política para la elaboración y promulgación de dicho decreto fue el resultado del esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y la iniciativa de la Red de Mujeres contra la Violencia ^I.

De igual manera, Nicaragua ha firmado las resoluciones de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas y la Convención de Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia hacia las Mujeres, la cual firmada en 1994 por los estados miembros de la Organización de Estados Americanos (OEA) y ratificada por Nicaragua en agosto de 1995.

Desde la sociedad civil ha sido clave el trabajo de la Red de Mujeres contra la Violencia y los grupos que la integran, desarrollando campañas de sensibilización y denuncia desde hace más de siete años. Han realizado también propuestas de políticas públicas como fue la formulación de leyes, entre ellas la Ley 230 de reforma al Código Penal para prevenir y sancionar la violencia Intrafamiliar, que fue aprobada por la Asamblea Nacional en octubre de 1996 (Red de Mujeres contra la Violencia 1996) ^{III}, la cual ha sido un logro por la igualdad y los derechos de las mujeres. Y todo el trabajo de formulación de un Modelo de Atención a la VIF desde las Comisarias de la Mujer y la Niñez, junto con la Policía y el INIM.

Dentro del sector de la salud en Nicaragua, aún quedan vacíos muy grandes que deben responder a satisfacer las necesidades de capacitación del personal de salud, para prepararlo técnicamente de tal manera que pueda garantizarse y elevar calidad de la atención a las personas víctimas de violencia que asisten a las unidades de salud.

^I La Red de Mujeres contra la Violencia es un espacio nacional de coordinación del movimiento de mujeres que agrupa más de 130 organizacinoes, colectivos, etc y a más de cien mujeres a nivel individual.

El Programa Subregional de la Mujer de OPS en Centro América, ha dirigido sus esfuerzos en Nicaragua a desarrollar un eje de trabajo prioritario, como es el de la violencia intrafamiliar (VIF), enfatizando dentro de ello La Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar, como contribución para identificar la violencia intrafamiliar contra las mujeres y las niñas como un problema prioritario y a indicar los recursos que puedan abordarla (Shrader et all OPS 1998).^{IV}

La identificación de la violencia intrafamiliar como un problema de salud pública, y la posibilidad de su abordaje adecuado, pasa obligadamente por un proceso de sensibilización y capacitación dirigido al personal de salud, como un recurso indispensable para desbrozar esa ruta por la que deben transitar las personas víctimas de violencia intrafamiliar.

El tema de la violencia contra las mujeres no ha sido impulsado desde la academia o desde las instituciones hacia afuera. Ha sido exactamente al contrario; ha llegado a ellas desde las angustias y luchas cotidianas de un gran número de organizaciones de mujeres que han logrado a lo largo de todo el Continente transformar el silencio en grito, el aislamiento en grupo solidario y la presunta debilidad de sexo en efectiva fuerza de género. (Franco, S)^V

III. JUSTIFICACION

Según los resultados de la Investigación se presentarán propuestas para la elaboración de un Plan de Capacitación sobre Género, Salud y Violencia Intrafamiliar, dirigido al personal de salud y a otros actores sociales, que contribuya a elevar la calidad de la atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de San Marcos.

A partir de esta investigación se contará con la información necesaria para el diseño de un módulo de Formación en Género y Salud para el personal de salud y actores sociales para el abordaje de la violencia intrafamiliar en San Marcos; y a su vez la metodología y el módulo puede reproducirse a otros departamentos, que están en la etapa de diseño de necesidades de capacitación para personal de salud en la temática de violencia intrafamiliar .

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia intrafamiliar contra la mujer impacta profundamente su salud, apareciendo como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva .

- ¿ Cómo actúa el personal de salud de las unidades de San Marcos frente a mujeres afectadas por violencia intrafamiliar?
- ¿ Cómo percibe la población de San Marcos el problema de la violencia intrafamiliar y la atención del mismo en las unidades de salud?
- ¿Cuál es el papel y las acciones de los diferentes actores sociales frente al problema de la violencia intrafamiliar en San Marcos?

V. OBJETIVOS

General:

Conocer como el personal de salud aborda a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y las percepciones de la población y otros actores sociales en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo. 1999

Específicos:

1. Caracterizar las respuestas del personal de salud del municipio de San Marcos ante las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
2. Conocer las percepciones de la población del municipio de San Marcos acerca de la violencia intrafamiliar y las respuestas que recibían de parte del personal de salud por parte del personal de salud.
3. Conocer las respuestas y coordinaciones de actores sociales del municipio de San Marcos frente al problema de la violencia intrafamiliar.

VI. MARCO TEORICO

La violencia intrafamiliar (VIF), es un problema social de grandes dimensiones y una de las variadas expresiones de la violencia de género, según la última Conferencia de Naciones Unidas (Beijing,1995) ^{vi}. Y afecta especialmente a mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos. Una forma endémica de la violencia intrafamiliar es el abuso a las mujeres por parte de su pareja (Shrader et al OPS 1998).

En la citada Conferencia de Beijing el Secretario General de las Naciones Unidas Sr. Boutros Boutros-Ghali, manifestó que la violencia contra la mujer era un problema universal que debía ser condenado universalmente y añadió que ese problema no dejaba de agravarse. Señaló que la violencia en el hogar estaba aumentando y que de acuerdo a estudios realizados en 10 países, entre un 17 % y un 38 % de las mujeres habían sido víctimas de agresiones físicas por parte de su pareja.

El hecho que la violencia intrafamiliar ocurra en el ambiente familiar hace que aumente su invisibilización, pues se considera un asunto privado, ocultándose las graves secuelas que tiene para las mujeres, sus familias y la comunidad. Contradiendo así la visión de la familia, como un refugio de amor y soporte para quienes la integran. Datos registrados en investigaciones en Centroamérica, incluyendo Nicaragua, sugieren que las mujeres están más expuestas al riesgo de violencia en sus hogares que en cualquier otro lugar.

Algunos equipos de investigadores e investigadoras han empezado a explicar la violencia a través del Marco Ecológico de Causalidad de la Violencia que identifica factores a partir del individuo (antecedentes personales, pobreza,...) factores culturales e institucionales al nivel de la sociedad que en su conjunto favorecen las relaciones violentas. Y está expresado a nivel de círculos concéntricos. Ver Diseño de Modelo Ecológico en Anexo 2 (Ellsberg et al.1998). ^{vii}

Modelo ecológico :

El círculo interior contiene los factores de la historia personal que influyen sobre el comportamiento y las relaciones de cada cual.

El siguiente círculo es el contexto inmediato, la relación íntima.

El tercer círculo incluye el contexto social e institucional en el que se desarrolla la relación (vecindario o comunidad, redes sociales,...)

El círculo exterior representa las normas culturales dominantes, las políticas públicas y leyes.

Algunas cifras de prevalencia de violencia doméstica en investigaciones internacionales extraídas de (Ellsberg et al -1998)² :

- En Canadá el 29 % de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportan asalto físico por parte de su compañero actual o anterior desde la edad de los 16 años.
- En México el 30 % reporta por lo menos un episodio de violencia física por un compañero.
- En la India: del 18 al 45 % de los hombres, actualmente casados, reconoce haber abusado físicamente a sus esposas.
- En Kenya el 42 % de las mujeres reporta haber sido golpeada por un compañero de ellas, el 58 % reporta haber sido golpeada frecuentemente o a veces.

La prevalencia significativa de la violencia intrafamiliar constituye un serio problema de salud, un obstáculo oculto para el desarrollo socioeconómico, y una violación flagrante a los derechos humanos. Asimismo las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar se caracterizan por tener muy baja autoestima que afecta directamente su comportamiento, su productividad en el trabajo, su habilidad para protegerse y de denunciar su caso (Paltiel 1993)^{viii}.

² Página 18

Las últimas investigaciones realizadas en Nicaragua evidencian, la magnitud de la violencia doméstica en el país:

El primer estudio de prevalencia de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua fue en 1995: Confites en el Infierno ³ (Ellsberg et al 1998)

Los resultados de esa investigación presentaron:

- Una de cada dos mujeres ha sido maltratada físicamente alguna vez por su marido o compañero.
- Una de cada cuatro mujeres ha recibido violencia física en los últimos 12 meses.
- El 94 % de las mujeres que recibieron maltrato indicaron que la violencia física estaba acompañada por ofensas y humillaciones. Las mujeres que sufren maltrato también viven un control casi absoluto sobre todas sus actividades. ⁴
- El 20 % de las mujeres sufrió los tres tipos de abuso físico, síquico y sexual .
- El 31 % de las mujeres recibieron golpes estando embarazadas, de éstas la mitad recibieron golpes en el vientre.
- De las mujeres que han vivido maltrato , una de cada tres ha sido obligada a tener relaciones sexuales.
- La violencia inicia temprano. En el 80 % de los casos la violencia comenzó en los primeros cuatro años de convivencia.
- El 70 % de los actos fueron clasificados como severos⁵ .
- La mitad de las mujeres maltratadas expresaron que generalmente la violencia hacia ellas fue presenciada por sus hijos e hijas.

³ Esta investigación fue realizada en el municipio de León, con una muestra de 488 mujeres de 15-49 años, que se extrajeron de una población estudiada en 1993 de 43.765 personas. Las mujeres de León presentan características comunes con las de otras zonas del país, se concluyó que los datos extraídos pueden ser válidos, al menos para el pacífico de Nicaragua.

⁴ Comprenden: golpes con el puño u otro objeto, las patadas o mordiscos, las golpizas, las amenazas con cuchillo o arma de fuego y el uso de cuchillos o armas de fuego.

⁵ Comprenden: golpes de puño u otro objeto, las patadas o mordiscos, las golpizas, las amenazas con cuchillo o arma de fuego y el uso de cuchillo o armas de fuego

- Los hijos e hijas que presenciaban la violencia hacia sus madres tenían hasta 9 veces más problemas de aprendizaje y conducta que los hijos o hijas que no vivían con violencia en la familia.
- Las mujeres que vivían maltrato físico tenían 6 veces más probabilidad de sufrir trastornos emocionales que las mujeres no maltratadas.
- Los hijos varones de mujeres maltratadas tienen 3 veces más probabilidad de ser abusadores de sus parejas cuando sean adultos.
- La violencia conyugal no se restringe a grupos sociales específicos, sino que abarca todos los estratos de la sociedad. En otras palabras, cualquier mujer puede ser maltratada.

El segundo estudio realizado en Nicaragua que mostró prevalencia fue el del Banco Interamericano de Desarrollo ⁶(BID- FIDEG. 1997) :^{IX}

- El 70 % de las mujeres habían vivido violencia física alguna vez en su vida, mientras que el 33 % había experimentado violencia en el último año. ⁷
- Las mujeres que vivían con violencia utilizaban con más frecuencia los servicios de salud. El 28 % reportó haberse internado en un hospital, comparado con el 16 % de las mujeres no maltratadas, y reportaron más intervenciones quirúrgicas y visitas a las unidades de salud.
- Los costos totales ⁸ de la Violencia Doméstica se calcularon, en aproximadamente, 29.5 millones de dólares lo que equivaldría al 1.6 % del PIB de 1996, en Nicaragua.

⁶ La investigación se desarrolló en la ciudad de Managua en los meses de junio y julio de 1997, se entrevistó a 378 mujeres de 15-49 años de edad, que vivían en aquel momento con su pareja o que habían estado en pareja en los últimos doce meses.

⁷ La prevalencia sale más alta que en la anterior investigación de Confites.

⁸ En términos de pérdida de ingresos de las mujeres atribuibles a la Violencia doméstica (VD). Estos costos son sin tomar en cuenta otros gastos de atención en salud a las víctimas de violencia y los costos emocionales de la VD.

El tercer estudio realizado en Nicaragua fue el de ENDESA ⁹ en 1997-1998. Los resultados de ENDESA-98. ^x

- Una de cada tres mujeres alguna vez en unión han recibido algún abuso físico o sexual en sus vidas. Este dato es menor que el observado en las investigaciones precedentes, pero el mismo se ubica en niveles de violencia considerablemente altos.
- El 12 % experimentaron violencia física en el último año.
- El 10 % fueron obligadas por sus maridos a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad utilizando las amenazas o la fuerza física.

Existen muchos factores que inciden en que las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar se nieguen o se vean imposibilitadas a hablar y o denunciar la violencia que están sufriendo. Están las barreras propias de las mujeres como el miedo a hablar, la pena, el creer que es la forma normal de relacionarse en la pareja, el no saber donde ir, entre otras. A éstas barreras propias de las víctimas y sobrevivientes se añaden las de las instituciones como son la falta de privacidad en los consultorios; la ausencia de normas y protocolos desde el MINSA, para el abordaje, la capacitación, la atención y el registro de las personas que sufren VIF. El registro de la VIF como motivo de consulta es muy bajo, existe un subregistro según la investigación en Estelí. Menos del 10 % de los expedientes revisados registraban la relación de VIF como motivo de consulta (Gadea- 1995) ^{XI}

Están además las barreras propias del personal de salud, como pueden ser la persistencia de mitos acerca de la VIF, ausencia de formación específica para atender esta problemática y sus propias vivencias personales.

⁹ Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud. Se entrevistó a 13.634 mujeres de los 17 departamentos del país, entre 15 y 49 años.

Todos estos elementos dificultan la detección, la prevención y la atención de las personas que sufren violencia intrafamiliar. Para encontrar alternativas es necesario la elaboración de políticas y acciones coordinadas intersectorialmente entre las instituciones del Estado y la sociedad civil.

Desde julio de 1998 existe en Nicaragua la Comisión Nacional de lucha contra la Violencia hacia las mujeres, la niñez y la adolescencia, espacio constituido por tres poderes del Estado (ejecutivo, legislativo y judicial) junto con la sociedad civil organizada (Red de Mujeres contra la Violencia y la CODENI) para realizar diferentes acciones entre ellas la elaboración del Plan Nacional de lucha contra la Violencia hacia las mujeres, niñez y adolescencia.

La violencia intrafamiliar causa efectos en la salud de las mujeres y sus familias. El Banco Mundial en 1993 en su Informe sobre Desarrollo, contabilizó cada año perdido por muerte prematura como AVAD(un año de vida ajustado en función de la discapacidad) y cada año de discapacidad o enfermedad como fracción de un AVAD, que variaba dependiendo de la gravedad de la discapacidad . Utilizando este método el Banco Mundial estimó que la violación y la violencia doméstica eran causas significativas de discapacidad y muerte en mujeres en edad reproductiva, tanto en los países industrializados como en los países en vías de desarrollo. La violencia doméstica causa más discapacidad y muertes a las mujeres en edad reproductiva que el cáncer. Los años de vida saludables perdidos son de 9.5 (Ellsberg et.al 1998 p.22).

Por lo tanto el sector salud es estratégico para la red nacional de unidades de salud distribuidas a lo largo de todo el territorio nacional, lo que permitiría el acercamiento entre las usuarias y el personal que brinda atención. Considerando su rol fundamental de acceso a las mujeres afectadas por violencia, es de vital importancia diseñar y planificar su apropiada capacitación, como una herramienta eficaz que contribuya a prevenir y de este modo erradicar la violencia. Los resultados de la investigación aportan para alcanzar esa meta.

Actualmente el personal de salud en su mayoría, no tiene la elemental preparación para identificar, atender y referir a las personas afectadas por violencia. A pesar de estar en lugares

claves como las emergencias, turnos de noche, en centros de salud y hospitales y por muy obvio que sea el caso no se atreven a abordarlo y aunque realizaran el esfuerzo inicial no sabrían cómo continuar, ni dónde referir, para dar la respuesta adecuada.

Las barreras del personal de salud frente a la violencia son un gran obstáculo que puede salvarse con la sensibilización y el entrenamiento del mismo.

El diseño del plan de capacitación debe tomar como punto de partida las “diversas puertas de entrada” para la atención de las personas viviendo VIF , como son las demandas recibidas en la unidad de salud a través de cualquier servicio, desde la solicitud de asistencia por la propia mujer afectada porque su caso requiera atención médica, así como en atención prenatal o anticoncepción, hasta demanda para atención a su hijo o hija, que puede ser aprovechada para detectar su condición de mujer violentada.

La capacitación deberá estar dirigida a entregar al personal de salud desde la propia sensibilización frente al problema de la violencia así como los elementos básicos para una respuesta urgente que permita identificar los casos, hasta el manejo de un protocolo, que facilite la atención apropiada de la persona afectada, así como lograr el registro adecuado de los casos, realizando la oportuna vigilancia epidemiológica que eleve la calidad de los servicios de salud.

DEFINICION DE CONCEPTOS

Investigación Etnográfica

La presente investigación es etnográfica. La descripción del estilo de vida de un grupo de personas habituadas a vivir juntas, es lo que etimológicamente significa el término ETNOGRAFIA.

Este método investigativo se ha extendido más allá de las fronteras de la antropología y ha sido adoptado por otras ciencias sociales que conocen de la vital importancia de la influencia de los procesos socioculturales en las interacciones sociales como las económicas, políticas, laborales, afectivas, etc.

La selección de una metodología cualitativa como la etnográfica, permite hacer uso de una estrategia de investigación apropiada, considerando que uno de sus sólidos ejes es el acercamiento de las investigadoras a una mayor comprensión de las formas subjetivas, de la conducta, que la población estudiada tiene sobre el problema de la violencia intrafamiliar, facilitando entender este fenómeno social desde la propia percepción de los actores involucrados.

Esta metodología cualitativa, además de comprometer mayormente la ética de las investigadoras, respondiendo a las necesidades e intereses de los sujetos(as) del estudio, facilita el acercamiento a la percepción, actitudes y prácticas del personal de salud como población de estudio y al resto de informantes como fueron la población del municipio de San Marcos y otras u otros actores sociales del mismo.

Violencia Intrafamiliar :

En una investigación sobre violencia intrafamiliar, se considera necesario presentar la definición de conceptos que se utilizarán en la misma, ya que hasta hoy no existe consenso en la terminología para referirse al abuso de las mujeres por sus compañeros íntimos. Los términos varían de unas latitudes a otras y se derivan de la diversidad de perspectivas teóricas y disciplinas (Ellsberg, et al –1998).

Algunas investigadoras e investigadores incluyen la violencia en la pareja como subcategoría de intrafamiliar, que incluye además abuso infantil y abuso hacia los ancianos y ancianas. Ante esta perspectiva, teóricas feministas, consideran que se invisibiliza el hecho de que en la gran mayoría de casos las víctimas de la violencia son mujeres. (Ellsberg, et al –1998).

Después de las recientes Conferencias Internacionales (Viena , Cairo, Beijing) se ha logrado una mayor coincidencia en relación a que la violencia de los compañeros íntimos hacia las mujeres es parte de la violencia de género.

- **Género: (OPS–1994)^{XII}**

El género son todas las creencias, actitudes, valores, conductas, etc. que la sociedad nos asigna por el hecho de ser hombres o mujeres. Es la construcción social de lo masculino y lo femenino en una cultura, época y sociedad determinada.

- **Violencia de Género (Beijing 1995)**

Todo acto de violencia hacia las mujeres y las niñas basada en su género, o sea por el hecho de ser mujer , que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.

Por consiguiente , la violencia contra la mujer o violencia de género puede tener entre otras las siguientes formas:

- La violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación del marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación.
- La violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento, la intimidación sexual en el trabajo, en las instituciones educativas y en otros ámbitos, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.
- **Violencia intrafamiliar: (Shrader et al–OPS 1998)**

Toda acción u omisión cometida por algún miembro de la familia en relación de poder, sin

importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro(a) miembro(a) de la familia.

- **Violencia doméstica (Red de Mujeres contra la Violencia- 1998) ^{xiii}**

La violencia conyugal hacia mujeres, también conocida como violencia doméstica, o maltrato conyugal, es una de las formas más comunes de violencia intrafamiliar. Es todo acto u omisión que tiene la intención de controlar y/ o someter; y que resulte en daño a la integridad física, emocional, sexual o económica , utilizada contra las mujeres adolescentes o adultas por su pareja actual o anterior.

Para esta investigación se opta por el término de violencia intrafamiliar y no por el de violencia doméstica, ya que éste hace referencia al espacio físico donde ocurre el acontecimiento violento. Y la violencia intrafamiliar hace referencia al ámbito relacional en que se construye la violencia, más allá del espacio físico donde ocurre. (Shrader et all –OPS 1998)

Dentro de las características de la violencia intrafamiliar se identifican las siguientes:

- Está dirigida a las mujeres, y de los adultos a la niñez.
- El hogar es el lugar donde ocurre comúnmente.
- Los hombres que viven en la casa y con lazos de consanguinidad o de parentesco son los principales agresores.

La violencia intrafamiliar tiene diferentes expresiones, y uno de sus mecanismos es el incremento en espiral a mayores grados de severidad que pueden desencadenar en la muerte. Dentro de las expresiones más importantes de este tipo de violencia están: (Shrader–Sagot–OPS 1998)

- la violencia física
- la violencia psicológica o emocional
- la violencia sexual
- la violencia económica o patrimonial.

Cada una de estas formas de violencia intrafamiliar no se presentan aisladas, si no que forman parte de un todo.

- **Violencia física (Shrader – Sagot –OPS 1998)**

Ocurre cuando una persona que está en una relación de poder con respecto a otra, le inflige o intentan infligir daño no accidental por medio del uso de la fuerza física o algún tipo de arma, que puede provocar o no lesiones externas, internas o ambas, o lesiones en la autoestima. El castigo repetido no severo también se considera violencia física.

- **Violencia psicológica: (Shrader – Sagot –OPS 1998)**

Es todo acto u omisión que inflige o intenta infligir daño a la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona. Incluye los insultos constantes, la negligencia, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje, la degradación, el aislamiento, el ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar negativamente.

- **Violencia sexual (Red de Mujeres contra la Violencia- 1998)**

Es todo acto que con intencionalidad sexual realiza una persona de forma directa o indirecta en contra de la voluntad de otra persona, o bien cuando esta persona no tiene condiciones para consentir un contacto sexual. En muchos casos la violencia sexual está acompañada de amenazas y daño físico, en la mayoría de éstos hay manipulación y chantaje.

La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violación en el matrimonio, abuso sexual infantil, incesto, acoso sexual y la violación en una cita. Incluye caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal, o vaginal con pene u objetos, exposición obligatoria a material pornográfico y exhibicionismo. (Shrader – Sagot –OPS 1998)

- **Violencia patrimonial o económica: (Shrader – Sagot –OPS 1998)**

son todas las medidas tomadas por el agresor, u omisiones que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Incluye la negación a cubrir cuotas alimenticias para hijos e hijas o gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

- **Violencia intrafamiliar, problema de salud pública:**

Hay varias razones : por su magnitud, porque afecta a un gran número de personas. Por su impacto, porque provoca daños en alto grado a la salud física y psicológica de las personas que la sufren. Y por su carácter de prevenible, porque al ser un proceso sociocultural transmitido por la educación y el aprendizaje, es posible prevenirla y promover cambios para desarrollar estilos de vida saludables.

- **Familia:**

Grupos de dos o más personas con vínculos de afinidad, consanguinidad o convivencia.

VII.- METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION :

El tipo de Investigación es Cualitativa con Enfoque Etnográfico, la cual hace uso de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas. Se realizó en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo, durante el primer trimestre de 1999.

El objetivo del estudio está directamente relacionado con la dinámica de las interacciones humanas. Y la selección de esta metodología responde al hecho de investigar la incidencia que tiene el entorno social y físico, en donde los comportamientos individuales y grupales, están condicionados por los significados que se atribuyen a las acciones de las personas y a las relaciones con los objetos. (GLARP 1992) ^{XIV}

La población total del departamento de Carazo, es de 193,438 habitantes. La población femenina total es de 98,785 mujeres (51.2% de la población total); de estas, 46,167 (46.7%) se encuentran en el grupo de edad 15-49 años (MEF).

El municipio de San Marcos tiene 28,856 habitantes. Las mujeres son 14,740 y representan el 51.2% de la población total del municipio. El grupo seleccionado de MEF es de 6,890 mujeres, lo que representa el 46.7% de la población femenina.

Estos datos están basados en estimaciones anuales, a partir del censo de 1995, en base al movimiento natural de la población.

POBLACION DE ESTUDIO

El personal de salud que trabaja en las cuatro unidades de salud del municipio de San Marcos. Se tomó como informantes un número de 29 trabajadores y trabajadoras de salud que prestan

atención en las cuatro unidades de salud del municipio de San Marcos. La distribución de personal seleccionado fue según sexo de 21 mujeres y 8 hombres. En cuanto a profesión fueron 24 personal no médico : 15 auxiliares de enfermería, 6 enfermeras, 1 psicóloga, 1 administrativa, 1 trabajadora social, y 5 médicos y médicas.

CRITERIOS DE SELECCION DE LA POBLACION DE ESTUDIO

Inclusión:

Personal de salud : médicos; enfermeras; auxiliares de enfermería; psicólogas; trabajadoras sociales y fisioterapeutas de las cuatro unidades del municipio de San Marcos. Y además que trabajaran de manera permanente en el Centro de salud.

Exclusión :

No se incluyó al personal de estas unidades de salud, que realizan tareas de mantenimiento, apoyo logístico y de administración.

OTRAS FUENTES DE INFORMACION

- Población urbana y rural del municipio de San Marcos.
- Actoras y actores sociales del municipio de San Marcos
- Autoridades de la Dirección de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia del MINSA Central y del SILAIS Carazo.
- Directora Municipal de salud de San Marcos.
- Asesora de salud Mental de la Escuela de Enfermería de la UPOLI- Managua.
- Revisión Documental

Población de San Marcos

Criterios de Selección

El sector de la población fue escogido en base a una selección por conveniencia, con un número de 102 personas. Los criterios establecidos para que fuesen representativos fueron distribución por sexo, edad, zona urbana y rural pertenecientes al área geográfica del municipio de San Marcos. Posterior a esta definición se procedió de forma aleatoria a seleccionar personas por manzanas de acuerdo al listado existente en el centro de salud teniendo presente los criterios anteriormente propuestos hasta completar el número de 102 personas.

Actoras y actores sociales :

Para la selección de las y los Actores sociales, el criterio de inclusión fue estar participando en el Comité Intersectorial Municipal . Se utilizó la técnica de bola de nieve, la cual es una de las técnicas de selección no aleatoria más frecuentemente usadas en la investigación cualitativa, sobre todo cuando dada la sensibilidad de ciertos temas, la captación de sujetos para la investigación se hace particularmente difícil. (Shrader- Sagot OPS. 1998 p.9)

Esta selección se realizó a partir de la Coordinadora de la Casa de la Mujer AMNLAE del Municipio de San Marcos.

Otros informantes seleccionados fueron:

- Directora de Atención a la Mujer del MINSA Central.
- Responsable de Atención a la Mujer, Niñez y Adolescencia del SILAIS Carazo.
- Directora Municipal de San Marcos
- Asesora en Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la UPOLI- Managua.

La elección de las anteriores autoridades del MINSA obedece al cargo que ocupan y a que son las responsables de la ejecución de las directrices actuales para el abordaje del problema a nivel

departamental y municipal respectivamente. Son las principales tomadoras de decisiones, por orden jerárquico después del director del SILAIS, en la política de formación de recursos humanos en salud y atención a la mujer, niñez y adolescencia.

En cuanto a la Asesora de Salud Mental de la Escuela de Enfermería de la UPOLI- Managua existe la primera y única experiencia en el país de un Módulo de formación en Violencia contra la Mujer y la Niñez para personal de enfermería, inicialmente y ahora está ampliado a otro personal de salud. Para ese módulo la Escuela cuenta con material didáctico complementario, siendo su autora la asesora de salud mental de la misma.

(Ruiz,B - UPOLI 1998)^{XV}

COMPONENTES DEL ESTUDIO:

Los componentes que se operacionalizaron, referente a la violencia intrafamiliar, son ocho, tal como se puede observar en el Anexo 4 (matriz 1 de descriptores)

1. PERCEPCION :

Percibir, enterarse de la existencia de la violencia intrafamiliar por los sentidos o por la inteligencia servida por los sentidos. Idea, representación, imágenes o figuras de la violencia intrafamiliar en la mente.

2. CONOCIMIENTOS

Efecto de conocer, o presencia en la mente de ciertas ideas acerca de la violencia intrafamiliar. Ideas, nociones que se tienen sobre este tema, a través de la información..

3. ACTITUDES

Disposición , manera de estar dispuesto o dispuesta a comportarse, o a obrar ante las personas que viven violencia intrafamiliar.

4. PRACTICAS

El trabajo, ejercicio, o acciones que se realizan con continuidad, de forma sistemática ante las personas que viven violencia intrafamiliar.

5. CAPACITACION

Acción de capacitar, habilitar, entrenar para obtener una herramienta frente al problema de la violencia intrafamiliar. Hacer a alguien apto para el abordaje de la violencia intrafamiliar.

6. INFORMACION

Haber recibido conocimientos , ideas, sugerencias, sobre la violencia intrafamiliar.

7. PREVALENCIA ¹⁰

Proporción de personas en una población que padece violencia intrafamiliar en ese momento específico. Se mide calculando:

El numero de personas que padecen violencia intrafamiliar en ese momento
Población total en riesgo

La prevalencia puede medir la ocurrencia de una enfermedad o problema en el momento o bien la proporción de personas que han tenido la situación en su vida (prevalencia de vida) .

En cambio la incidencia mide el número de casos nuevos, pero la violencia doméstica se mide generalmente a través de prevalencia por dos razones:

¹⁰ Red de Mujeres contra la Violencia. 1998

- Cuando se mide el número de mujeres que han sido maltratadas durante un año no se puede determinar fácilmente, cuales de estos casos son nuevos y para planificar los servicios necesitamos saber el total de mujeres, no cuales son los casos nuevos.
- Aunque una mujer haya terminado la situación de violencia y actualmente no esté siendo maltratada, es muy probable que aún sufra las secuelas físicas y emocionales producto del maltrato.

8. PROPUESTAS

Es una proposición de una persona a otra de una idea, plan, necesidad buscando su conformidad para llevarlo a efecto, referido al campo de la violencia intrafamiliar.

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

La información necesaria para la investigación se recopiló a partir de las encuestas semiestructuradas dirigidas al personal de salud, población y actores sociales clave de la población de S. Marcos y las entrevistas a actores claves realizadas a autoridades del MINSA y de la Escuela de Enfermería señaladas anteriormente. (ver en Anexos No.12)

Para la recogida de la información se elaboró una matriz de componentes, en la que se relacionó los componentes con los objetivos con la cual se definieron los descriptores, véase la matriz 2 en anexo 5. En el eje vertical encontramos los componentes, que fueron definidos en el acápite anterior (conocimientos, actitudes, práctica, percepción, capacitación, información, propuestas y prevalencia) y en los ejes horizontales los tres objetivos específicos : respuestas del personal de salud; percepción de la población y respuestas de los actores sociales.

Para la recogida de información se elaboraron tres matrices, véanse en anexo 6 . una matriz por objetivo específico, donde por cada componente, descrito en la Matriz anterior, se describen las fuentes de información, la técnica y los instrumentos que se usaron para recoger dicha información. Finalmente para el análisis de resultados se elaboró una Matriz 3, de Análisis de

Resultados , véase Anexo 6 .Donde se validó la información recogida y se obtuvo una visión integral de la opinión de los diferentes actores en la investigación. En el eje vertical se trabajó con los componentes, que a su vez se subdividió en varias de las preguntas interrogativas o descriptores usados en la matriz de componentes y el eje horizontal corresponde a los objetivos específicos, que a su vez son fuentes de información (personal de salud, población y los y las actoras sociales) .

Los datos obtenidos se procesaron en diversos programas como fueron Epi-info 6, Word, Harvard Grafic y Power Point 97.

CONSIDERACIONES ETICAS :

En las investigaciones relacionadas con la violencia hacia las mujeres y la niñez hay que considerar las recomendaciones éticas sobre las investigaciones en violencia de la Organización Mundial de la Salud como son :

- Garantizar la confidencialidad y privacidad en la entrevista; para garantizar la seguridad a informantes y entrevistadoras.
- Capacitación a encuestadoras sobre violencia y algunos elementos básicos de intervención en crisis. Y seguimiento emocional a las encuestadoras para garantizar un ambiente de mucha seguridad emocional y confianza.
- Atención en crisis y referencia a servicios especializados para mujeres que viven maltrato. Se les facilita información a las personas entrevistadas de donde pueden acudir para buscar ayuda.
- Devolver los resultados de las investigaciones a las comunidades, para que los diferentes actores sociales puedan usar esa información para buscar alternativas.

Es muy importante tener en cuenta que nunca el trabajo de campo puede provocar mayor daño a las personas entrevistadas y que la recolección de información nunca justifica infligir daño a otra

persona. Y no olvidar que hay que respetar los decisiones y procesos de cada una de las mujeres; no es papel de las entrevistadoras acelerar esos procesos. (Shrader-OPS 1998)

En el presente estudio en las capacitaciones a encuestadoras se tuvieron en cuenta las recomendaciones éticas de la OMS y se facilitó una hoja de recomendaciones a las entrevistadoras.(ver anexo 7)

VIII. RESULTADOS

Los resultados se describen por objetivos y ligado a los componentes previstos para el análisis de los mismos.

El primer objetivo de la investigación fue caracterizar las respuestas del personal de salud del municipio de San Marcos ante las mujeres víctimas de VIF.

Para ello se encuestó al personal de salud de las diversas unidades del municipio

I. PERSONAL DE SALUD

• PERCEPCION

El 100 % del personal de salud entrevistado consideró que la Violencia Intrafamiliar es un grave problema de salud y así mismo en igual proporción, la totalidad de las 29 personas encuestadas, consideraron que el MINSA debería actuar ante esta problemática. (Tabla 1 en Anexo 8).

Las motivaciones que dieron del por qué la Violencia Intrafamiliar es un grave problema de salud pueden observarse en la Tabla 1 (Anexo 8) : En esta tabla se describen primero las opiniones del personal de salud , en general, sin ningún tipo de estratificación. Como primera motivación de la gravedad de la VIF para el personal de salud entrevistado, respondieron en un 65 % que por los efectos que la VIF causaba en la salud de las personas afectadas, principalmente mujeres y niñez . Estos efectos en la salud los describían como : lesiones físicas; problemas psicológicos que conllevan al aislamiento, o a tener ideas , intentar o finalmente suicidarse. Hablaron de dificultades en el desarrollo de las personas y relataron con detalle las repercusiones que en la salud reproductiva de las mujeres ocasiona la VIF como embarazos de alto riesgo, abortos, sean espontáneos o inducidos producto de las golpizas en la panza o por embarazos no deseados, resultado de la misma VIF. Describieron como efecto de la VIF el embarazo en las

adolescentes. Y en la niñez el abandono , la desnutrición infantil y finalmente reconocieron que la VIF puede ocasionar la muerte a las personas afectadas.

En segundo lugar como razón de la gravedad de la VIF, consideraron en un 41,3%, que la VIF desestabiliza a la sociedad en general y en particular a las familias, por lo que no hay tranquilidad, hay machismo y además la VIF no debería existir. En tercer lugar, como motivo de la gravedad de la VIF apareció con un 17,2 % la cantidad de casos conocidos y por último en un 3,4 % consideraron, que por que es una enfermedad “silenciosa “que no se denuncia.

Al recopilar las opiniones según el sexo del personal, acerca de las motivaciones del por que la VIF es un grave problema de salud se hallaron los siguientes resultados, ver Tabla 1 (Anexo 8).

Las mujeres del personal de salud respondieron en primer lugar, con un 62 %, que la gravedad de la VIF venía dada por los efectos y las consecuencias, descritos anteriormente, que la VIF causaba en la salud de las personas afectadas. En segundo lugar, con un 38% de las opiniones, dieron como razón de la severidad de la VIF por la desestabilización que la misma provocaba en las familias y la sociedad en general. En tercer lugar , con un 14%, argumentaron que la VIF es grave como problema de salud , por la cantidad de personas afectadas que se conocen en las comunidades. Y finalmente con un 5% vieron el peligro de la VIF en la salud de las personas afectadas, por lo contrario a la respuesta anterior, por ser una epidemia silenciosa, que no se registra y que no se denuncia.

Los hombres del personal de salud expresaron que la gravedad de la VIF, en primer lugar con un 75 % de las opiniones, era por los efectos que la violencia ocasionaba en la salud de las víctimas. En segundo lugar con un 50 % señalaron que la VIF es un grave problema de salud, porque desestabiliza a las familias y a la comunidad %. Y por última razón de la severidad de la VIF, con un 25 % de las respuestas, detallaron que por la cantidad de personas que están viviendo violencia en el interior de sus familias.

Al recopilar los resultados sobre las motivaciones de la gravedad de la VIF como problema de salud, según la profesión del personal de salud, las cuales se agruparon en dos categorías : personal médico y personal no médico , como se señaló en la metodología, aparecieron los siguientes datos.

El personal médico refirió como principal motivación de la gravedad de la VIF como problema de salud, en un 60 % de las respuestas, la desestabilización que la VIF provoca en la sociedad y en las familias. En un segundo lugar con un 20 % de las respuestas los y las médicas opinaron que la VIF es un grave problema de salud por las consecuencias que la misma induce en la salud de las personas afectadas y también con un 20 % reconocieron, en el factor de ser una epidemia silenciosa, la severidad de la VIF como problema de salud.

El personal no médico describió en primer lugar, con un 75 % la gravedad de la VIF como un problema de salud, por los efectos que ésta ocasionaba en las personas que la estaban sufriendo ; seguido en un 38 % por la razón de la desestabilización social y familiar como factor de gravedad para la salud de las personas viviendo VIF y finalmente con un 21 % por la cantidad de personas que estaban viviendo esta situación.

Percepción de las barreras para la detección de personas viviendo VIF en las unidades de salud :

- **Barreras propias del personal de salud :**

En la *tabla 2 (ver Anexo 8)* se describen las percepciones de cuales fueron las barreras que el personal de salud tiene para preguntar a las personas que acuden a las unidades acerca de si están viviendo VIF.

En primer lugar el personal de salud opinó en un 45%, que no preguntan acerca de si están viviendo VIF a las personas que acuden a las unidades de salud, porque no saben como preguntar, es decir no saben cómo hacerlo. Otras de las contestaciones en este acápite fueron hay poca

sensibilización y poco interés en el personal . Y también se incluyó la que señalaba que algunos de los profesionales lo consideraban un problema privado. El 31% del personal encuestado respondió que no preguntan porque las usuarias no dicen la verdad, y éstas no tienen confianza en el personal de salud, además de que las víctimas de VIF no consideran que el MINSA sea el lugar para atender estas demandas y resolverlas. En tercer lugar, con el 27% del personal de salud no pregunta acerca de las vivencias de VIF en las usuarias, porque tenían miedo a la reacción de las usuarias a la pregunta, e incluso señalaron miedo a la reacción del agresor . En un 10% de las personas encuestadas no preguntan sobre VIF, porque no tenían tiempo para hacerlo. Y en un 7% de las opiniones del personal de salud , las mujeres y no médicas, respondieron que ellas no tenían dificultades para preguntar acerca de las vivencias de VIF . Y finalmente el 34% entre el personal de salud, de mujeres médicas y no médicas, por la propia vivencia ante la VIF no preguntan.

En los resultados según sexo, tabla 2 (ver Anexo 8) encontramos en las mujeres que las principales barreras para no preguntar acerca de la vivencia de VIF a las víctimas fue en un 52% porque no saben como hacerlo; seguido en un 33 % por miedo a la reacción de las usuarias o del agresor ; en un 24 % porque las usuarias no dicen la verdad ; en un 14 % por falta de tiempo y por último, con un 5 % por la propia vivencia del personal de salud de situaciones de VIF, que les impide preguntar. Los hombres su primera motivación para no preguntar acerca de experiencias de VIF en las personas que atienden en las unidades de salud fue porque las usuarias no dirán la verdad en un 50 % ; seguida en un 25 % por que no saben cómo hacerlo y finalmente por miedo a la reacción de las usuarias o agresor en un 12,5 %.

Al recopilar por profesión los resultados de las barreras del propio personal para preguntar acerca de las vivencias de VIF, a las personas que asisten a consulta , se encontró que el 80 % del personal médico no sabía como hacerlo; y en un 40 % no lo preguntaban porque las usuarias no dicen la verdad y en otro 40 % por el miedo a las reacciones de las víctimas y agresores. Y por último los hombres del personal de salud no preguntaban, en un 20 %,por falta de tiempo.

El personal no médico de las unidades de salud respondió entre las motivaciones para no preguntar sobre VIF a las personas que asisten a las consultas a diario fue en primer lugar , con un 38 %, porque no saben cómo hacerlo; seguido de un 29 % porqué las usuarias no responden la verdad ; un 25 % por miedo al agresor ; en un 8 % por falta de tiempo y por último un 4 % del personal no médico expresó que no preguntaban por la propia vivencia de VIF, lo que les impedía preguntar a otras personas sobre las vivencias de VIF. Un 8 % expresó no tener ninguna dificultad para preguntar sobre VIF a las usuarias de los servicios de salud..

Barreras de las mujeres que están viviendo VIF para hablar de su problema en las unidades de salud :

En la *tabla 3 (ver Anexo 8)* el personal de salud en general opinó que las principales motivaciones para no hablar de las personas viviendo VIF son las siguientes : el 83% por miedo; temor; terror al agresor ; porqué el agresor amenaza a la víctima con quitarle a los hijos o hijas, con matarla a ella o matarse él, la amenaza con que agredirá a los hijos e hijas; que abandonará el hogar, entre otras amenazas que atemorizan a las víctimas. En segundo lugar las mujeres no cuentan, en un 34% de las opiniones, porque el personal de salud no inspira confianza , no sabe cómo hacerlo y piensa que es un problema privado. Le sigue en un 31% de las respuestas, las opiniones del personal de salud de que las mujeres no cuentan por pena a decir que están viviendo VIF. En un 21 % de las opiniones es por qué a veces las mujeres víctimas no saben dónde acudir a pedir ayuda y en algunas ocasiones incluso ni se reconocen como personas viviendo VIF. Y finalmente en un 7 % las mujeres no hablan de lo que les pasa, por dependencia económica del agresor.

En los resultados por sexo se encontró que las mujeres del personal de salud destacaron en un 76% el miedo de las víctimas como razón para no hablar de su situación de VIF y los hombres lo reflejaron en un 100%. Las mujeres en segundo lugar reconocieron, con un 28%, como motivación para no hablar la pena de las víctimas a que se den cuenta que están viviendo VIF. Los hombres reconocieron en segundo lugar, con un 62%, como razón para no hablar las víctimas de VIF de su vivencia fueron la inexperiencia del personal de salud para hacerlo adecuadamente. Las mujeres esta última motivación contó con el 24 % de las opiniones. Para los

hombres en tercer lugar, con un 37 %, apareció la pena de las víctimas de VIF como motivación para no hablar de su vivencia.

Las últimas razones para no hablar las mujeres víctimas de VIF fueron en un 19 % de las mujeres del personal por qué las personas viviendo VIF no saben donde ir , frente a un 25 % de las opiniones de los hombres. Las mujeres del personal si reconocieron que la dependencia económica es una barrera para no hablar las víctimas de VIF en un 10 % de las respuestas.

Según profesión se encontró semejantes porcentajes al del personal de salud en general , *Tabla 3(ver Anexos 8)*. Excepto en personal médico donde opinaron con un 40 % que el no saber donde ir es una de las barreras para el silencio de las víctimas.

Barreras institucionales para atender a víctimas de VIF, en las unidades de salud.

Estos resultados no se estratificaron ni por sexo ni por profesión sino como personal de salud en general. *Tabla 4 (ver Anexo 8)*. Un 48% del personal encuestado refirió que en su unidad de salud no existían dificultades para la atención de personas viviendo VIF . El 52% restante si expresó tenerlas y se agruparon las respuestas del siguiente modo: por falta de personal capacitado en las unidades de salud un 47% ; en un 33% por ausencia de privacidad en las unidades de salud, ya que se comparten consultorios y por último, en igual porcentaje, 33% por la ausencia de protocolos de atención en el MINSA

Una de las opiniones recogidas y que se agrupó como falta de personal capacitado fue :

...Hay dificultades por que no hay cooperación de la paciente para que acepte ir al lugar señalado e indicado para acudir...(mujer, enfermera, 28 años)

- **CONOCIMIENTOS :**

Para averiguar los conocimientos del personal de salud acerca de la VIF se agruparon las respuestas según como definían la VIF con sus palabras y a quienes nombraban como víctimas de la misma.

Se encontraron los siguientes resultados :

En *Tabla 5 (ver en Anexo 8)* el personal de salud asociaba la VIF con lesiones físicas en un 41 % y con igual porcentaje la VIF como violencia física o emocional , en algunas ocasiones la nombraron a esta última también como psicológica. Como Violencia sexual fue identificada en un 10 % por mujeres no médicas y la VIF como violencia física , sexual, emocional y económica la nombraron una mujer médica y un hombre no médico 7 %.

Por sexo se recogió que la VIF como violencia física pasaba a primer lugar con un 48 % de las respuestas, seguida de la violencia física y emocional con un 33 % ; la violencia sexual con un 14 % y por último la violencia mixta, que incluía los tipos de VIF descritos anteriormente más la económica y esa fue de un 5 %. En los hombres se destacó la VIF asociada a violencia emocional y física con un 62 %, seguida con un 25 % la violencia física y un 12 % la mixta.

...es maltrato físico y psicológico, a la mujer no se le debe dar ningún tipo de maltrato...(mujer, auxiliar de enfermería , de 23 años)

Por profesión se encontró en el personal no médico que el 40 % reconocía por igual la VIF como violencia física en exclusiva o ligada a la violencia emocional y en un 20 % reconoció la VIF como violencia con varios tipos a la vez o mixta : física, sexual, psicológica y económica. El personal no médico respondió en primer lugar con un 50 % que la VIF es violencia física y emocional, seguido de un 42 % que asoció VIF con violencia física ; un 12 % pensó en violencia sexual y finalmente un 4 % la identificó con violencia mixta.

- **ACTITUD**

Para valorar la actitud del personal de salud ante el problema de la VIF se preguntó a los y las

trabajadoras , que hacían cuando tenían en la consulta una persona de la cual sospechaban vivía VIF. Las respuestas fueron las siguientes.

Tabla 6 (ver anexo 8) El 79 % del personal siempre preguntaba cuando sospechaba VIF, en un 17 % algunas veces hacía la pregunta y en un 4 % de las respuestas se encontró que nunca preguntaba a pesar de sospechar vivencia de VIF, eran hombres quienes dieron esta última opinión .

Cuando se recogieron los datos por sexo salieron los siguientes resultados el 86 % de las mujeres preguntaban siempre cuando sospechaba, frente a un 62 % de los hombres que también lo hacía siempre. La mujeres en un 14 % preguntaban algunas veces cuando sospechaban y los hombres algunas veces averiguaban en un 25 %. En el personal de salud hombres se halló que en un 13 % nunca preguntaban a las víctimas a pesar de sospechar vivencia de VIF.

Una de las mujeres que siempre preguntaba cuando sospechaba, expresó que lo hacía

...Porque yo como persona recibí maltrato y no quiero que otros lo vivan...(mujer, auxiliar de enfermería, 34 años)

Otras mujeres contaron que preguntaban porqué de esta manera se puede ayudar a las mujeres, ya que ellas no hablan y de este modo se podría evitar el ciclo de la violencia, ya que se realizarían referencias a los servicios adecuados si se pregunta.

• PRACTICAS

Ante la pregunta de qué hace el personal de salud cuando detecta en su consulta una mujer o niña o niño que está viviendo VIF se encontraron las siguientes respuestas.

En la *Tabla 7 (ver en Anexo 8)* : el 65, 5 % del personal refería a especialistas del tema. El 59 % ofrecían Consejería y Atención a la víctima, que iba desde intervención en crisis, orientación de los derechos de las mujeres y la niñez hasta atención médica y psicológica, en las unidades donde

era posible este tipo de atención especializada. Y por último se realizaba visita domiciliar en un 7% por mujeres auxiliares de enfermería para comprobar los hechos, si la detección fue a través de terceras personas.

Se hizo la estratificación por sexo y profesión, véase *Tabla 7 (en Anexo 8)*.

Las mujeres referían a especialistas en un 71 % y los hombres en un 75 %. La consejería las mujeres la realizaban en un 52 % y un 50 % hombres. La visita domiciliar era realizada en un 9,5 % de las mujeres, los hombres no la realizaban.

Por profesión se encontró que el personal médico refería en un 100 % los casos al equipo sicosocial y a los especialistas externos al MINSA , en un 60 % daban consejería y no visitaban el domicilio. El personal no médico refería en un 55%, orientaba en un 58 % y visitaba domicilios en un 8 % .

El registro de las personas atendidas, *Tabla 7 (ver Anexo 8)* se realizaba en un 55 % de los casos atendidos y no se realizó en un 45% de las ocasiones . Cuando se registraba se anotaba información del hecho en un 75% en la historia clínica, como una información más y en un 25 % se registraba el dato en el Cuaderno de Atención Integral a la Mujer . El motivo de no registrar específicamente la VIF como motivo de consulta , la respuesta fue unánime : la ausencia de un protocolo de atención a nivel del MINSA por lo que no hay formatos específicos, normas a seguir, ni personal entrenado para ello.

Las referencias de las personas detectadas viviendo VIF en las unidades de salud *ver tabla 8(Anexos 8)* fueron en un 38 % al equipo de sicosocial con que cuenta la unidad de salud municipal de San Marcos, MINSA. Y en un 62 % a instituciones externas al MINSA : como por ejemplo a la Casa de la Mujer 32 %, a la Policía 17 % y a Mifamilia 13 %. Las referencias podían ser a varias instituciones en una misma vez, dependiendo del caso atendido, por eso los porcentajes no suman cien por cien.

• CAPACITACION

Las respuestas acerca de las capacitaciones recibidas sobre VIF por parte del personal de salud se detallan en la *Tabla 9 (ver en Anexo 8)*. Se encontraron los siguientes resultados: el 41 % del personal había recibido talleres sobre VIF, un total de 12 personas, no sujetas a un Plan de Capacitación sistemático. Y el 59 % no había recibido ningún tipo de formación. Según sexo fueron 3 hombres del personal de salud los que se capacitaron, representando el 60 % de los hombres entrevistados. Y 9 mujeres las capacitadas que representan el 43 % del total de mujeres del personal de salud.

Del personal que había sido capacitado en un 17 % las capacitaciones habían sido impartidas por la Casa de la Mujer de San Marcos y en un 83 % por personal del MINSA. De las 12 personas capacitadas, el 92 % habían reproducido la información y el 8 % no. La población que recibió estas capacitaciones fue la comunidad en un 82 % de las ocasiones y en un 8 % personal de salud de sus equipos.

Los temas recibidos fueron VIF en general , maltrato a la niñez y la Ley 230.

Acerca de si habían recibido materiales informativos sobre VIF se halló que el 69 % del personal los había recibido frente a un 31 % que no; la procedencia de estos materiales era en un 70 % de la sociedad civil (Red de Mujeres contra la Violencia, CODENI, Casa de la Mujer de San Marcos, Puntos de Encuentro) y en un 30 % era material que les entregó el MINSA.

En la *Tabla 10 (ver en Anexos 8)* se detallaron los temas que el personal de salud proponía que le gustaría recibir en futuras capacitaciones y fueron : en un 76 % el abordaje de la VIF : sus causas, las consecuencias, el ciclo de la violencia, la prevalencia. En un 24 % los temas solicitados fueron abuso sexual y maltrato a la niñez, que aunque dicho tipo de maltrato es parte de la VIF, fue nombrado separadamente; en un 10 % querían talleres sobre Legislación relacionada con la VIF y en un 10 % también Género y Relaciones Humanas.

Las mujeres en un 86 % querían como tema de capacitación el abordaje de la VIF, seguido de un 29 % abuso a la niñez y un 10 % género y legislación. Los hombres solicitaron en un 50% abordaje de la VIF, y en porcentajes iguales, con un 12 % legislación, género y abuso a la niñez.

Según profesión encontramos que el personal médico solicitó en un 60 % sobre abuso a la niñez , en un 20 % sobre legislación y en un 20 % abordaje de la VIF. El personal no médico solicitó en el 88 % de las respuestas ser capacitados sobre abordaje de la VIF, en un 21 % sobre abuso a la niñez, en un 12 % sobre género y finalmente en un 4 % sobre legislación.

Los porcentajes no suman cien por cien, por que el personal de salud podía dar más de una respuesta a las propuestas de temas de capacitación futura en VIF.

• PROPUESTAS

En el último componente de Propuestas se recopilaron las principales sugerencias del personal de salud para mejorar la atención de las personas que viven VIF y acuden a las unidades de salud. Los resultados se encuentran en la *Tabla 11 (ver Anexo 8)* y refieren los siguientes hallazgos:

La capacitación fue la propuesta mayoritaria en un 45 %, seguida en un 28 % de la elaboración de un Protocolo de atención desde las autoridades del MINSA Central con las normas, protocolos, sistema de registro, seguimiento y evaluación. La coordinación intersectorial aparecía en un 21 % de las respuestas, reconociendo que el MINSA no tiene todas las soluciones a esta temática. Solicitaron en un 17 % material educativo de apoyo para el propio personal y para distribuir en las comunidades. Y señalaron en un 14 % la necesidad de educación masiva a la población sobre estos temas para visibilizar las implicaciones que la VIF tiene en la salud de la población. Por último apareció la adecuación de locales del MINSA, en un 10 % , para garantizar la privacidad de la atención.

Por sexo se encontró en la *Tabla 11 (ver en Anexo 8)* que las mujeres solicitaron la capacitación en un 53 % , seguido de distribución de materiales educativos en un 24 %; un 19 % señalaron

contar con el protocolo del MINSA y la coordinación intersectorial ; la adecuación de locales en un 14 % y por último la educación masiva a la población en un 10 %. Los hombres opinaron en igual porcentaje, 25 %, todas las propuestas, no solicitaron ni la adecuación de los locales ni la distribución de materiales educativos.

Por profesión en el 80 % del personal médico solicitaron la capacitación como propuesta principal, seguida de un 40 % contar con el protocolo y la coordinación intersectorial. En un 20 % se refirieron a los materiales educativos y a la educación masiva de la población. El personal no médico en un 38 % planteó la capacitación, seguido del protocolo en un 33 %, en un 17 % la coordinación intersectorial y la divulgación de materiales y finalmente con un 13 % la educación masiva de la población y la adecuación de locales del MINSA.

Con el segundo objetivo se buscó conocer las percepciones de la población del municipio acerca de la VIF y las respuestas que recibían por parte del personal de salud . Para ello realizamos una encuesta de percepción acerca de la VIF a 102 personas del municipio , ver detalle de la muestra en metodología.

POBLACION DE SAN MARCOS :

- **PERCEPCIÓN :**

Captar la percepción de la población en relación a las causas y direccionalidad de la VIF en general; la significancia de la misma como un problema en su comunidad; la capacidad de ayuda del personal de salud; y la existencia de víctimas de VIF en su barrio :

El 44% de las mujeres y hombres coincidieron en que el origen de la VIF radica en la educación machista. El 50% considera que es por falta de comunicación entre las parejas, padres-madres-hijos/as. Un 10% manifiesta que es por las drogas, alcohol y desempleo. *Matriz No.4 Tabla 12(anexos 9)*

El 60% de las mujeres entrevistadas reconoció que la VIF está dirigida sobre todo a mujeres adultas. El 19% mencionó estar dirigido a la niñez. El 21% lo asocia con daño sexual o violación. *Matriz No.4 Tabla 13 (Anexos 9)*

El 48% de las mujeres dijeron que es maltrato físico. *Matriz No.4 Tabla 14 (Anexos 9)*

.....golpes, patadas, heridas.....

El 38% de las mujeres lo identificó con daños a la salud psicológica.

.....provoca problemas psicológicos.....

El 70% de las mujeres entrevistadas consideran que hay muchas mujeres víctimas de VIF en su barrio. El 61% de los hombres respondieron afirmativamente que identifican personas afectadas por VIF en su comunidad.

El 68% de ambos sexos considera la VIF como un problema en su barrio. Y el 32% no consideraron que la VIF sea un problema.

Los hombres entrevistados en un 50% respondieron que la VIF está dirigido a mujeres y niñez. *Tabla 15 (Anexos 9)*

Sobre los efectos en la salud, el 10% de los hombres respondieron que VIF está asociada a heridas con arma, a muerte. *Tabla 15 (Anexos 9)*

.....enfermedad.....violación.....muerte.....

El 73% de las mujeres y el 85% de los hombres afirman que el personal de salud puede ayudar a las personas que sufren VIF, mencionando a la psicóloga como la persona más capacitada para hacerlo. El 27% de las mujeres consideran que el personal de salud no puede ayudar y el 15% de los hombres igual. *Tabla 14 y 15 (Anexos 9)*

Las razones que dieron para no considerar al personal de salud posibilitado para apoyar a las víctimas VIF el 31 % de mujeres dijo :

.....*También sufren VIF.....No tienen capacitación.....*

- **CONOCIMIENTO :**

Obtener el grado de conocimiento de la población entrevistada para saber cuánto conocen sobre lo que es la VIF y su capacidad para identificar *los tipos de la misma, ver resultados en Tabla 16 Matriz No.5 (Anexos 9)*

El 82% de la población encuestada, incluidos hombres y mujeres, identifica la VIF como violencia física; el 75% como emocional; y el 30% como violencia sexual. Solamente el 4% identificó la violencia económica como una forma de violencia intrafamiliar, en el grupo de las mujeres. No hubo una única forma, un sólo tipo a través del cual reconocerla, en todos los casos señalaron dos o más.

- **ACTITUD :**

Recoger la información de si la población, considera posible evitar la VIF, sabe dónde buscar ayuda en caso de VIF, y las razones por las cuáles selecciona ese lugar se observan en la Matriz 6 Tabla 17 (Anexos 9)

El 88% del total de la población cree que la VIF se puede evitar.

Las formas para evitar la VIF el 65% considera que estableciendo una buena comunicación, el 55% con capacitación y el 20% con empleo.

El 57% de entrevistados y entrevistadas dijeron que el lugar donde acudir para buscar ayuda es en La Casa de la Mujer, el 25% a la Policía, el 16% al Centro de Salud, y el 7% a la Comisaría de la Mujer.

.....*en la Casa de la Mujer velan por el bien de la mujer.....*

- **PRÁCTICA :**

Conocer acerca de la práctica de la población entrevistada frente al problema de la VIF. Su búsqueda de ayuda en el MINSA para víctimas de VIF. Calidad de la atención recibida.

El 85% de ambos sexos nunca ha buscado ayuda en el Centro de Salud por VIF. De las personas que respondieron haber recurrido en algún momento a buscar ayuda, el 63% manifestaron haber sido atendidos adecuadamente. El 14% respondió que no le ayudaron en nada y “le hablaron de mala manera”. El 13% considera que “el personal no sabe qué hacer”. *Matriz No.7 Tabla 18 (Anexos 9)*

- **INFORMACIÓN :**

Recopilar los datos referentes a la información que la población ha recibido sobre VIF, quién le ha informado y los materiales educativos que ha recibido, en *Tabla 19} matriz No.9 (Anexos 9):*

El 76%, de toda la población encuestada, no ha recibido ninguna información sobre VIF. El 23% que sí ha recibido lo ha tenido por parte de la Casa de la Mujer. El 70% de todos los/as entrevistados/as nunca ha recibido ningún tipo de material educativo. El 30% que lo ha recibido ha sido de la Casa de la Mujer y de la Red de Mujeres contra la violencia.

- **PREVALENCIA :**

Obtener la información que permita conocer sobre la prevalencia de VIF en la población, el hecho de vivir VIF al momento de realizar el estudio, el tipo de VIF y la necesidad de ayuda que puede presentar la población: *Tabla 20 (Anexos 9)*

El 33% de las mujeres y el 15% de los hombres de toda la población entrevistada respondió afirmativamente estar sufriendo VIF actualmente. El resto de entrevistados/as negó estar sufriendola o haberla sufrido.

Del total de la población que respondieron afirmativamente, el 54% de ambos sexos señalan estar sufriendo VIF emocional en primer lugar; el 29% manifiestan estar siendo afectados por violencia física; y en tercero la sexual, esta última dirigida exclusivamente a las mujeres para el 17%.

Sobre los tipos de VIF que las mujeres entrevistadas (27) están sufriendo, el 29% respondieron que física, violencia emocional 53% y sexual 17%.

En relación a los hombres (3) que afirmaron estar afectados por violencia, la información que arrojó el estudio es la siguiente: física el 25%, y emocional el 100%.

En el tercer objetivo se quiso conocer las respuestas y coordinaciones de los y las actores sociales de San Marcos frente al problema de la VIF.

Para ello se entrevistó a 7 Actores sociales según la técnica de bola de nieve referida en el diseño metodológico, el listado de las personas entrevistadas está en (*Anexo. 11*)

- **ACTORES SOCIALES :**

Las respuestas que dichas personas entrevistadas respondieron se agruparon por componente y se presentan a continuación.

- PERCEPCION

Según las opiniones de las personas consultadas se observa en Matriz 10 y tabla 21 (ver en Anexos10), para el componente de percepción, los y la actora social expresaron en el 100 % que las principales víctimas de la VIF eran mujeres . Para cinco de los siete actores sociales (71,4%) el Alcalde , la Coordinadora de la Casa de la Mujer, el maestro, el coordinador del Movimiento Comunal y el Pastor Bautista, incluyeron a su vez como víctimas a los niños y niñas. Y por último la Coordinadora de la Casa de la Mujer y el Pastor Bautista (28,5 %) asimismo se refirieron a las adolescentes como víctimas. Igualmente el Alcalde y la Coordinadora de la Casa de la Mujer (28,5%) reconocieron que la VIF ocasiona consecuencias también en los hijos e hijas de las mujeres maltratadas y en toda la familia.

...La familia que vive violencia es una familia en dificultades...¹¹

Acerca de la percepción que tenían la y los actores sociales entrevistados de las causas de la VIF se encontró que :

Para el Alcalde el licor, el machismo y la situación económica son los motivos de la misma. La Coordinadora de la Casa de la Mujer se refirió a la falta de comunicación y respeto en la familia, así como al abuso de las drogas.

Para el Juez la ignorancia, el analfabetismo, el hacinamiento, la pobreza y ...” *los hombres que no saben como resolver sus problemas económicos...* “son los fundamentos. El maestro opinaba que el licor, las drogas y el hacinamiento son desencadenantes de la violencia.

El del Movimiento Comunal decía que la irresponsabilidad de los hombres, el licor , el desempleo, la tradición :” *...se vio en nuestra niñez y por eso se repite...*” son causales de la VIF.

¹¹ Testimonio de la Coordinadora de la Casa de la Mujer de San Marcos.

Para el Pastor Bautista la influencia de los medios de comunicación, ... “ *la falta de Dios en las familias, a pesar de ser un país católico...* ” y la corrupción eran las principales motivaciones . Y la Policía habló de falta de cultura del cabeza de familia, desconocimiento de las leyes por parte de la población y ... “ *no saber hacer la vida de familia en paz...*”

Según se observa en la tabla citada (*ver Anexos 10*): El 100% de los actores sociales describieron varias causas como provocadoras de la VIF. Las causas más frecuentes para los actores sociales fueron en el 71,4 % el consumo de licor y otras drogas. En igual proporción 71,4% se refirieron como origen de la violencia a la pobreza y sus diversas manifestaciones mencionadas por las personas entrevistadas.

El machismo apareció en un 28, 5 %, al igual que la falta de cultura, ignorancia y analfabetismo.

Se observan otra gran variedad de causas contestadas una vez, 14, 2 %, por alguna de las personas entrevistadas, las cuales se pueden ver en detalle en la tabla 21 anteriormente mencionada.

• CONOCIMIENTOS

Según las contestaciones dadas acerca de los conocimientos de que es la violencia intrafamiliar, *Matriz 11 (ver en Anexos 10)*, el Alcalde expresó que la VIF es el maltrato a las mujeres, pero que tiene sus efectos en los niños. Qué es más visible en personas de escasos recursos, pero que también se da en las personas de las altas esferas sociales, con mayor discreción.

La Coordinadora de la Casa de la Mujer habló de maltrato físico, psicológico y emocional. Que la VIF afecta más a las mujeres, pero repercute en toda la familia

El Juez la describió como Violencia hacia el cónyuge, maltrato hacia las mujeres: lesiones e intentos de homicidio entre otros. También es hostigamiento y amenazas de los ex-maridos a las parejas.

Un maestro de la oficina municipal del MECD contó que es el maltrato en la niñez que en varias ocasiones el maestro o maestra descubren por el comportamiento extraño del niño o la niña en el aula. Según él se da en todas las clases sociales, pero en las familias de escasos recursos se ve más.

El coordinador del Movimiento Comunal habló de maltrato hacia el cónyuge, violación a niñas. Los desalojos de las casas que los hombres hacen a sus parejas, hijas e hijos. La ausencia de pago de pensión de los padres a los hijos. La violencia intrafamiliar no está aislada y se suma a otros problemas como la delincuencia, la prostitución, la drogadicción.

El pastor de la Iglesia Bautista pensaba en maltrato físico y psicológico, para él era una realidad, en la que era necesario profundizar más en las causas de la misma.

El jefe de la Policía describió a la VIF como lesiones, violencia sexual, tentativas de violación. Y que es un problema social sin tratamiento adecuado.

Como se observa en la *tabla 27 (ver en Anexos 10)*, el 85,7 % asocia la violencia intrafamiliar a lesiones físicas y emocionales; en un 28,5% a violencia sexual y también el 28,5% lo nombra como violencia conyugal.

Dos de ellos 28,5 % describen la presencia de la VIF en todas las clases sociales, pero dicen que la misma es más visible en las personas de escasos recursos.

Una persona, el coordinador del movimiento comunal, 14,2%, reconoce la violencia patrimonial o económica como parte de la VIF.

- **ACTITUD**

Los resultados sobre el componente de actitud de actores *sociales* (ver *Matriz 12 y tabla No. 23 en anexos 10*) se obtuvieron a través de las entrevistas a profundidad dirigidas en este componente, frente a la VIF, específicamente a la posibilidad de evitarla.

El 100% de actores expresaron en sus respuestas una actitud positiva frente a la posibilidad de evitarla. El 86% señaló que la educación en general a la población y la capacidad al personal que trabaja en atención a la población pueden ayudar a evitarla.

Cinco de los siete, que representan el 72%, manifestaron que la educación y aplicación sobre las leyes de protección, especialmente la ley 230 es muy importante para lograr evitarla.

... tiene que haber alguna represión, castigo...

La divulgación masiva, así como la denuncia, el expresarlo como un problema

...que se haga público el problema..

planteó el 14% y corresponde a la Casa de la Mujer el poder ayudar a evitarla.

El 43% planteó la importancia del trabajo coordinado entre todos los y las actores sociales. El establecimiento de un plan coordinado, actores, estado, comunidad, deberá ayudar a combatirla.

El juez, que representa el 14%, considera que existe una falta de conocimientos mucha ignorancia sobre el problema y plantea la necesidad de la educación y la responsabilidad interinstitucional para evitarla.

El Ministerio de Educación encuentra la mayor causa en el alcohol, drogas y desempleo. El planteamiento es establecer campañas para combatir lo que señala como el origen de la VIF.

- **PRACTICAS**

En el Municipio hay un Comité Intersectorial Municipal, en el que participan activamente todos los actores y actora sociales entrevistados, exceptuando el Juez. Dicho Comité esta presidido por el Alcalde y en el mismo analizan los variados problemas de la municipalidad: delincuencia, drogadicción y desempleo entre otros.

Según las opiniones recogidas del grupo de actores y actora las ofertas de servicios *Matriz 13 y Tabla 24 (ver en Anexos 10)* : La Alcaldía no oferta servicios específicos de atención a víctimas de VIF, pero cuenta con un Centro Hogar para rehabilitación de Alcohólicos. Realizan referencias de los casos a la Casa de la Mujer.

La Casa de la Mujer cuenta con defensoras populares, además realizan asesoría jurídica, capacitaciones sobre la VIF a diversos grupos del municipio, promueven campañas de divulgación y sensibilización a la población de San Marcos difundiendo mensajes de la Red Nacional de Mujeres contra la Violencia y la CODENI . Igualmente ofertan una biblioteca y atención médica para las mujeres víctimas de VIF. Refieren casos a todos los otros actores sociales y reciben del resto de actores municipales y departamentales. Ofrecen para la Coordinación municipal una gran disponibilidad, desde recursos humanos capacitados(defensoras populares, promotoras y promotores juveniles, entre otros) equipos educativos y el local para actividades de coordinación.

El Juez realiza arreglos de paz, capacitaciones sobre leyes, juicios y referencias hacia el forense, el MINSA, la policía y la Casa de la Mujer. Su disponibilidad para la coordinación son los recursos humanos con los que cuenta la Institución.

El MECD realiza orientaciones a maestros y maestras y a las familias de los alumnos y alumnas. Cuando detecta niños o niñas que están viviendo VIF los refieren a la Casa de la Mujer , al MINSA y Mifamilia.

El Movimiento Comunal realiza consejería con las parejas y actividades de promotoría para la Defensoría social(derechos de la niñez y adolescencia,...) . Refieren al resto de actores sociales entrevistados y a Mifamilia. Para la coordinación ponen a disposición el equipo de promotores y promotoras.

La Iglesia Bautista da consejería pastoral a las personas víctimas de VIF, de manera individual y en pareja, si así lo solicitan. Y cuando detectan los casos los refieren a la Casa de la Mujer , la Policía o el Juez.

La policía recepciona las denuncias que llegan desde los otros actores sociales principalmente de la Casa de la Mujer, Mifamilia, Procurador y Juez. Tienen disponibilidad de apoyar con transporte para el traslado de las víctimas.

En la práctica la oferta de servicios desde las instituciones estatales como desde la sociedad civil son variadas y complementarias, en la *Matriz 13 y tabla 26 (ver en Anexos 10)*; en dicha tabla se observa que la sociedad civil oferta 8 de los 11 servicios descritos (72,7 %) y las instituciones estatales entrevistadas 6 de los 11 servicios el (54,5 %). Así mismo se observa que la Casa de la Mujer es quien más servicios ofrece.

Según la información recopilada 6 de los 7 actores y actora social, es decir, el 85,7%, pertenecían y pertenecen de manera activa al Comité Intersectorial Municipal, ver información en *Matriz 13 (ver en Anexos 10)*.

En las referencias entre instituciones entrevistadas para la atención de personas sufriendo VIF en el municipio de San Marcos fueron que se derivan a la Casa de la Mujer en el 85,7% ; seguido en un 57% a la Policía; el Juez; el MINSA y otros actores sociales (Mifamilia, Forense, Procurador un 28,5 % al MECD y un 14, 2 % al Movimiento Comunal. *Tabla 25 (ver en Anexos 10)* .

Conforme las respuestas de los entrevistados y entrevistada, que aparecen en la *Matriz 13 (ver en Anexos)* ; los recursos humanos, técnicos y de infraestructura que ponen a disposición de la Coordinación las instituciones fueron los siguientes: la Policía ofrecía transporte para traslado de las víctimas y el resto de ofrecimientos venían de la sociedad civil: casa de la mujer, movimiento comunal e iglesia bautista.

• CAPACITACION

Al realizar la entrevista al Alcalde sobre el aspecto de capacitación, manifestó que solamente ha recibido capacitación sobre la Ley 230. Expresó que hay falta de capacitación al personal de la Alcaldía. Y mencionó a la Casa de la Mujer como la principal agente de capacitación. Planteó que el adiestramiento es indispensable para dar respuestas eficientes.

En relación a la Coordinadora de la Casa de la Mujer, respondió que han recibido e impartido capacitación a otros actores sociales del municipio. Los temas han sido fundamentalmente jurídicos y de defensoría popular. La Red de Mujeres contra la Violencia y la CODENI han sido sus principales capacitadores; así mismo manifiesta ejercer el rol de la principal agente de capacitación para otras instituciones. De las cuales el 30% de los actores sociales dijo haber recibido capacitación solamente por parte de la Casa de la Mujer.

De la totalidad de actores sociales encuestados, 14% el juez respondió que en su institución es el único que ha sido capacitado en la ley 230. El personal no ha recibido ninguna capacitación y él planteó la necesidad de hacerlo para dar una respuesta a los casos en el juzgado. Dentro de su actividad realizan entrega de material de la Red de Mujeres contra la Violencia, entregado por la Casa de la Mujer de San Marcos.

El Ministerio de Educación, 14% manifestó que solamente de la Casa de la Mujer han recibido alguna capacitación sobre VIF y abandono de la niñez.

El Movimiento Comunal respondió que los promotores de su organización son los que en su mayoría han recibido capacitaciones, específicamente sobre la Ley 230 por parte de la Casa de la Mujer.

Los actores sociales que manifestaron no haber recibido capacitación sobre VIF fueron el Pastor Evangélico y la Policía, el 28% del total (*ver Matriz No.14 y tabla No.26*).

• PROPUESTAS

Según observamos en la Matriz 15, tabla 27 el 100% de entrevistados y entrevistadas consideran la capacitación como su propuesta más importante y necesaria.

El Alcalde, 14% plantea la importancia de proceder a la implementación de leyes que den respuesta al problema VIF, realizar educación con la población y a las instituciones capacitarlas con seminarios.

La Casa de la Mujer, 14% manifiesta que la propuesta fundamental a desarrollarse es la capacitación dirigida al personal de las instituciones que trabajan con el problema VIF. Es vital establecer coordinación intersectorial y capacitar sobre leyes y su aplicación.

El Juez, considera que deben realizarse capacitaciones con el personal para mejorar la atención a las personas que demandan apoyo en el juzgado. Hacer divulgación y publicidad. Conformar comisiones de trabajo.

El Ministerio de Educación, 14% presenta la propuesta en la realización de capacitación. Preparar al personal con material educativo. Desarrollar "Escuelas para Padres y Madres". Lucha contra el desempleo. Campañas .

El representante del Movimiento Comunal propone realizar capacitación a miembros del Movimiento. Establecer coordinaciones interinstitucionales. Y considera que el Proyecto SAREM puede apoyar las coordinaciones intersectoriales.

El Pastor Evangélico considera que debe realizar capacitación a los diáconos. Establecer comunicación adecuada entre las familias. Conformar consejerías.

La Policía presenta en sus propuestas la realización de capacitaciones, con intercambio de experiencias de las diferentes instituciones. No solamente debe dirigirse a la entrega de material sobre VIF.

IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

PERSONAL DE SALUD

Según el análisis de resultados encontramos que el personal de salud opinó que :

- **PERCEPCION:**

La totalidad del personal respondió que la VIF es un grave problema de salud y así mismo consideraron que el MINSA debería actuar ante ese problema, por lo que se puede afirmar que hay conciencia de la importancia del mismo. Entre las respuestas dadas a la motivación de la gravedad, por orden de importancia se encontraron los efectos en la salud de las mujeres y la niñez, por la desestabilización en las familias y la sociedad, por la prevalencia de la VIF y por último por qué es una epidemia silenciosa, que no se denuncia.

El personal de salud destacaron en primera instancia los efectos en la salud de las personas afectadas, partiendo de un concepto amplio de salud – física, emocional, reproductiva – y llegaron a ver la gravedad pues hablaron de muerte, suicidio, asesinato. Esta percepción es corroborada por los datos que se recogen en las investigaciones nacionales más recientes como: (Ellsberg et al –1998) ¹² donde se encontró que es posible estimar según el método de cálculo de riesgo atribuible que el 70 % de los casos de trastornos emocionales encontrados en las mujeres pueden ser atribuidos a la violencia doméstica. Así como los niños y niñas testigos de violencia tienen hasta nueve veces más probabilidades de sufrir problemas emocionales, de comportamiento y aprendizaje. Estos hijos e hijas tienen 7 veces más riesgo de ser maltratados generalmente por el padre, aunque también por la madre. Y los hijos varones que son testigos de violencia tienen 3 veces más probabilidades de abusar a sus parejas de adultos. Este dato coincide con investigaciones internacionales en Canadá (Johnson- 1995)^{xvi} y coincide con la teoría del aprendizaje social (Carroll –1980)^{xvii}.

¹² Confites en el infierno p. 58-60

En las encuestas al personal de salud de San Marcos no se encontraron diferencias significativas entre las motivaciones de los hombres y las mujeres del personal acerca del por qué la VIF es un grave problema de salud pública.

Un dato que si sorprende es que el personal médico no refirió como primera motivación de la gravedad de la VIF los efectos en la salud de las personas afectadas, sino que en segundo lugar. El resto de personal si lo reconoció como el principal motivo.

Acerca de las barreras del propio personal para preguntar acerca de las vivencias de VIF destacaron el no saber como hacerlo. Este no saber como hacerlo conllevaba a interpretar como plantearon alguno o alguna de las trabajadoras de la salud, que la VIF es un problema privado, no público como lo es ya en Nicaragua, desde 1992.¹³

La segunda motivación acerca de que las usuarias no dicen la verdad cuando se les pregunta, tiene que ver también con la ausencia de formación del personal y la persistencia de mitos como que las mujeres mienten en relación a la VIF y que a las mujeres les gusta que les peguen.

Otra motivación significativa fue el miedo del personal, a la reacción de la usuaria o del agresor, pues al no existir claridad entre el personal de salud de que es un problema en el que ellos y ellas tienen la obligación de intervenir, pues es un delito público, tienen temor a las reacciones. Además en comunidades pequeñas donde todo el mundo se conoce, ellos y ellas como personal de salud tienen que atender y además conocen a los agresores. Estas motivaciones reafirman la necesidad de la formación del personal de salud en esta temática, con ética y con normas de seguridad básicas tanto para el personal como para las usuarias.

Los hombres del personal de salud no respondieron que por falta de tiempo no hacían la pregunta, como si dijeron las mujeres. Las mujeres no médicas apuntaron a otro factor, que aunque su porcentaje no fue alto si es significativo – como es que el personal de salud puede también estar

¹³ En Nicaragua existe desde 1992 la Ley 250 de Reformas al Código Penal en relación a los delitos sexuales y la Ley 230 de 1996 que penalizan este tipo de hechos.

viviendo o haber vivido VIF. Es otro elemento a tener en cuenta en la formación del personal. Ya que capacitar en VIF implica reflexionar acerca de la propia vida y sus vivencias, no es educar sobre dengue o infecciones respiratorias agudas, que son temas más asépticos emocionalmente. Un pequeño porcentaje de las mujeres refirieron que no tenían ningún tipo de dificultad para preguntar a las mujeres sobre si viven o no VIF.

En las barreras de las usuarias para hablar de que están viviendo VIF hay una gran coincidencia entre el personal que el miedo al agresor con sus diversas variantes descritas en los resultados, es la principal motivación por la que las mujeres no cuentan que están viviendo VIF. Este impedimento para hablar y pedir ayuda de las mujeres maltratadas se sustenta en el síndrome de la mujer maltratada definido por Leonor Walker en 1979 ^{xviii}, donde una de sus conductas conocida es la impotencia aprehendida asociada a las mujeres. En los datos de la reciente investigación de Endesa –1998 un 79 % de las mujeres maltratadas no buscaron ayuda y este porcentaje se extendió a un 90 % en el caso de las mujeres rurales, datos que confirman las opiniones del personal de salud en la investigación acerca de las barreras de las usuarias de los servicios de salud par hablar de sus vivencias de VIF.

En un porcentaje más alto los hombres del personal de salud manifestaron que la falta de confianza que inspira el personal de salud limita el que las víctimas hablen, pero este miedo a hablar la pena se acrecientan cuando el personal que va atender a las mujeres es hombre, no es sensible ante la temática y no está capacitado.

No es nada despreciable la percepción de que una de las barreras de las usuarias es que no saben donde ir para ser atendidas.

Y si salió en un porcentaje menor a lo esperado, la dependencia económica del agresor, como factor de silencio para las mujeres maltratadas. Los hombres no lo nombraron. Aunque es una creencia bien extendida el que las mujeres maltratadas no salen de su situación de violencia por

esta dependencia, aunque en las investigaciones acerca de la VIF lo que se demuestra es que lo que atrapa a una mujer víctima de VIF es la dependencia emocional, su bajautoestima y la impotencia aprehendida.

En el acápite de las barreras institucionales para la detección de personas viviendo VIF, se encontró que más de la mitad del personal reconocía que en sus unidades de salud existían limitaciones para la atención de las personas maltratadas. Las causas de esas limitaciones eran mayoritariamente por falta de personal capacitado y motivado; seguido de por la falta de privacidad en las unidades de salud y con igual porcentaje la ausencia de protocolos de atención. Estas causas algunas de ellas macroestructurales, ya que tienen que ver con las Políticas del MINSA y su implementación.

Las opiniones expresadas por el personal de salud acerca de las barreras institucionales, las propias del personal de salud y las de las usuarias reafirman y ordenan de manera particular las causas de las mismas, ilustradas en materiales internacionales y nacionales como los del ACOG (Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras) y los de la Red de Mujeres contra la Violencia de Nicaragua, respectivamente.

• CONOCIMIENTOS

Los resultados demuestran que el personal de salud conoce como VIF principalmente la violencia física tanto como expresión única de la misma o asociada a la violencia emocional

Al analizar los datos de los conocimientos por profesión y sexo se encontró que: la violencia sexual no la nombraron ni los hombres ni el personal médico, por lo tanto quienes hablaron de la VIF identificándola también como violencia sexual fueron mujeres no médicas. Se podría hablar de un sesgo genérico y profesional.

En el personal no médico no difieren las opiniones respecto a los del personal de salud en general, pero en el personal médico destaca la opinión de considerar la VIF como forma de expresión de

varios tipos de violencia que incluiría la violencia física, sexual, emocional o psicológica y la económica, opinión emitida por una mujer médica.

En relación a que conocimientos tienen acerca de las víctimas de la VIF, exceptuando el personal médico habló en su totalidad de que las víctimas son mujeres, niñas y niños. El resto del personal reconoció aproximadamente en la mitad a las mujeres y niñez, como víctimas pero reconoció de la familia en general, incluyendo los ancianos en una de las respuestas. Estas respuestas reconocen que los efectos y las consecuencias de la VIF afectan a toda la familia, pero invisibilizan que las mujeres, las niñas y los niños son las principales víctimas directas indirectas de la misma.

• ACTITUD

Los resultados arrojaron que el 79% del personal dice que pregunta ante la sospecha de VIF, un porcentaje más alto de lo esperado. A pesar de ello el 21% restante, no preguntaba a pesar de que sospechaba que la persona que estaba atendiendo estaba sufriendo VIF. Este porcentaje es preocupante.

Analizando los resultados se observó que quienes tenían una actitud más activa para preguntar fueron las mujeres pues en su mayoría preguntaban cuando sospechaban VIF. Los hombres preguntaban solamente en algo más de la mitad de las ocasiones, a pesar de sospechar VIF. Podría influir en esa actitud las percepciones que aún se manejan en el personal de salud acerca de que la VIF es un problema privado, que se describieron en el acápite de percepciones referido anteriormente.

Es preocupante el porcentaje que ante sospecha nunca pregunta o algunas veces, ya que si lo comparamos con la actitud ante otro tipo de problemas de salud el no preguntar ante una sospecha podría significar estar hablando de vida o muerte, como podría ser en el caso de una mujer embarazada en la que se piensa tiene un embarazo ectópico y no se averigua. Si no se diagnostica a la brevedad el embarazo ectópico, esa mujer morirá en el plazo de unas horas o días. En la VIF

también hay consecuencias físicas, emocionales e incluso la muerte, a veces no tan rápidas como en el ejemplo anteriormente descrito , pero si son importantes y graves los efectos en la salud física, reproductiva y emocional , en fin en la vida y la calidad de la misma de las personas que viven VIF .

• PRACTICA

En las opiniones acerca de **qué hace el personal de salud** cuando atiende a personas que están viviendo VIF , destacaban las referencias a especialistas del tema, tanto dentro del MINSA como fuera a otros actores sociales del territorio que atendían estas situaciones. El máximo de referencias a especialistas fue por parte del personal médico . El personal que atiende a víctimas de VIF, forma parte del personal no médico clasificado en la investigación, entre ese personal se encontraba la sicóloga y la trabajadora social del centro municipal que tienen asignada por la dirección la atención de las personas viviendo VIF-. Se podría pensar en ese alto porcentaje de referencias, por parte del personal médico, por falta de protocolos de atención, por insuficiente tiempo, por falta de formación, por considerarla que es una atención de especialistas. Y cuando hablamos de personal no médico, que están en unidades de salud rurales , éste personal refirió menos, ya que algún tipo de respuesta tienen que dar en el territorio a la demanda solicitada.

La consejería y atención no tuvo diferencias significativas entre los sexos o profesiones se realizaba en algo más de la mitad de las ocasiones . En esa consejería se incluía orientación de los derechos de las mujeres y la niñez; atención médica y psicológica.

En algunas unidades de salud, personal no médico completaban su atención a víctimas de VIF con visitas domiciliarias, la cual no realizaban los hombres del personal.

El registro de las personas atendidas por VIF , se hizo en un 55 % de las ocasiones , porcentaje más alto de lo esperado, ya que no existe dentro del MINSA un formato específico o el registro de la VIF como motivo de consulta en las hojas de consulta diaria.

El registro de las personas atendidas se hacía mayoritariamente en la historia clínica , como un dato más de la misma y en un pequeño porcentaje en el cuaderno de Atención Integral a la Mujer . Al anotarlo fundamentalmente en la historia clínica se invisibiliza como motivo de consulta , ya que no se cuenta con un formato específico ni se registra como problema de salud de las unidades.

Las referencias que el personal de salud hacía con las personas atendidas por VIF , en un porcentaje mayoritario fueron a instituciones externas al MINSA como la Casa de la Mujer, Policía y Mifamilia. Las referencias al personal de sicosocial del MINSA , del centro de salud municipal de San Marcos, fueron de un 38%.

• CAPACITACIONES

Solamente el 41% del personal había recibido algún tipo de capacitación sobre la VIF , pero que no respondía a un Plan previo. De éste personal capacitado que fueron 12 personas del municipio, el 60% del personal de salud hombres fue capacitado, frente a un 43% de las mujeres.

Sorprenden los datos de quien impartió las capacitaciones, ya que según lo expresado mayoritariamente por el personal, fue el MINSA el principal agente de capacitación , cuando la sociedad civil, en concreto la Casa de la Mujer de San Marcos, cuentan con mayor expertaje en el tema. La extrañeza viene dada ya que el MINSA Departamental, en el momento que se realizó la investigación, no tenía un Plan de Capacitación diseñado como tal. Lo que si se encontró en las encuestas es que el personal estaba altamente motivado y sensibilizado ante esta problemática.

Otro indicador estimulante y no esperado tan alto, fue la abrumadora reproducción que el personal hizo de las capacitaciones recibidas , principalmente a las comunidades donde trabajaban y algo otro personal de salud. Pues la reproducción de la capacitación, con la metodología de la cascada por ejemplo, es una de las principales limitaciones en los Planes de Formación de Recursos Humanos.

El personal de salud de San Marcos habían recibido en su gran mayoría material educativo de apoyo . Estos materiales procedían mayoritariamente de la sociedad civil, destacándose entre ellos la Red de Mujeres contra la Violencia ,coordinación nacional a la que pertenecía y pertenece la Casa de la Mujer de San Marcos, por lo que distribuyeron a nivel local materiales de la misma, en concreto la Ley 230 fue el material más nombrado.

Entre los temas de capacitación sobre VIF que el personal de salud propusieron que les interesaría recibir destacan : el abordaje integral de la VIF , con mayor interés en mujeres y personal no médico . Le seguía como temática solicitada el Abuso sexual y Maltrato en la niñez , la mayor demanda venía del personal médico. El Abuso a la niñez es parte de la VIF , pero se dejó como un tema aparte por la especificidad en el abordaje del mismo. La legislación y el género se solicitaron en menor cantidad , el personal médico fue el que más solicitó información sobre Leyes .

A pesar de que el tema de Género no fue altamente demandado , es fundamental para la comprensión de la causalidad de la Violencia hacia las mujeres y sus diversas expresiones ; ya que la construcción social , jerárquica y discriminatoria de los géneros es uno de los pilares básicos de la génesis de la violencia intrafamiliar.

• PROPUESTAS

Las propuestas que expresaron el personal de salud de San Marcos, Carazo, para mejorar la atención de personas que viven VIF fueron en orden descendente, la capacitación a personal de salud sobre el abordaje integral de la VIF; la elaboración de un protocolo de atención por parte del MINSA Central; la coordinación intersectorial con planes de trabajo a nivel municipal ; la divulgación de materiales educativos sobre VIF; la educación masiva de la población y finalmente la adecuación de algunos locales de las unidades de salud que no permiten la privacidad para la atención.

Se dieron algunas prioridades distintas en función de la profesión, como por ejemplo en el personal médico destacó fuertemente la capacitación frente al resto de personal y la coordinación intersectorial. La adecuación de locales no la nombraron ni los hombres ni el personal médico. Tampoco los hombres propusieron los materiales educativos de apoyo.

Las propuestas fueron complementarias, integrales y enriquecieron substantivamente las recomendaciones de esta investigación.

Una de las iniciativas que se planteó dependerá de decisiones macro a nivel de autoridades centrales del MINSA, como fue la idea de elaboración del Protocolo de Atención para el Abordaje de la VIF.

En el abanico de sugerencias que dieron el personal de salud algunas de ellas podrían responderse desde las estructuras del MINSA locales o departamentales como pueden ser el desarrollo de un Plan Municipal de Formación de Recursos Humanos, clave para el cambio; la coordinación intersectorial municipal. Y la adecuación de las unidades de salud, la distribución de materiales y la educación masiva a la población ser estrategias dentro del trabajo intersectorial municipal.

POBLACION

Según el análisis de los resultados en la Población se encontró que :

- **PERCEPCIÓN:**

Ambos sexos de la población entrevistada (85% mujeres y 50% hombres), lograron identificar que la direccionalidad de la VIF tiene sus grupos blancos en las mujeres y la niñez. Lo que confirma que son los grupos más vulnerables frente al problema de la VIF, reafirmando lo revelado en los diferentes estudios realizados : que la dirección fundamental de la VIF hacia las mujeres y la niñez y que el lugar donde se ejerce es de preferencia el hogar.

A pesar del poco manejo del problema y la poca información recibida, la población fue capaz de identificar el machismo como una de las causas u origen de la VIF. También se toma en cuenta el papel preponderante de la comunicación en las relaciones en la familia. Y otros elementos que fueron tomados en cuenta, aunque por un grupo menor, fueron el alcohol y las drogas, así como el desempleo. Lo que arroja la presencia de una conciencia sobre los diversos elementos que pueden ser las verdaderas causas de la VIF y otros los agravantes o desencadenantes.

El hecho que la población entrevistada pueda tener una percepción sobre el verdadero papel que juega la construcción social de los géneros en el problema de la VIF, confirma que a nivel de la sociedad existe cada vez mayor porcentaje de población que reconoce que "este tipo de violencia no es el resultado de casos inexplicables de conductas desviadas o patológicas. Es una práctica aprendida, consciente y orientada, producto de una organización social estructurada sobre la base de la desigualdad."¹⁴

Esta percepción permite que un buen número de la población entrevistada tenga un cierto grado de identificación de si existen personas afectadas por VIF en su barrio y si lo consideran un problema en su comunidad.

La mayoría de la población puede reconocerlo y solamente un grupo menor no logra identificarlo como tal.

• CONOCIMIENTO

La población entrevistada, en su mayoría, menciona en orden de importancia tres tipos de VIF, y un bajo porcentaje menciona un cuarto tipo, con los cuales refleja el conocimiento que tiene sobre la misma.

¹⁴ La Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar. San Marcos

Esa población identifica en primera instancia la VIF como 'violencia física', lo que nos muestra que su mayor conocimiento está muy ligado a la exteriorización de la violencia a través de los golpes, lesiones, daño físico en sí.¹⁵

En segundo lugar la asocian a "*daño psicológico, problema emocionales*",¹⁶ violencia psicológica; y en tercero la sexual. Solamente el grupo de las mujeres en un menor número mencionaron la violencia económica como una forma de violencia.

Esto refleja que, a pesar que la VIF la identifican mayormente como violencia física, porque es la que se ve, la que es imposible ocultar porque el daño es muy evidente, también sabe que existen otros tipos de VIF y pueden identificarlos.

Según los resultados de las respuestas obtenidas de parte de la población, existe mayor conciencia en el grupo de mujeres sobre los efectos en la salud como consecuencia de la VIF. Las mujeres lograron en mayor porcentaje hacer una mejor diferenciación entre las lesiones físicas y psicológicas de una forma más evidente que los hombres, quienes en menor porcentaje, la asociaron a enfermedad, aunque mencionaron la muerte como efecto de la VIF.

• ACTITUD

Entrevistados/as manifestaron diferentes formas a través de las cuales se puede evitar la VIF : recurriendo a "una buena comunicación; impartiendo capacitación; y generando empleo". Se observa que para la población entrevistada hay más de una respuesta con las que consideran se puede evitar el problema de la VIF.

¹⁵ José, C.R. OPS/OMS 1998. " El abuso conyugal se ha asociado a las lesiones causadas por traumas"... " Para que los golpes fueran considerados como delito, según el Código Penal antes de su reciente reforma, era necesario presentar lesiones físicas cuyas heullas durarán más de diez días en sanar"... " Del total de denuncias presentadas, las lesiones aportaron el 42% de los delitos".. " Lesiones:oculares, cabeza, fracturas, quemaduras, heridas, moretones"... Confites en el Infierno.

¹⁶ Los trastornos psicológicos son uno los más comunes en la violencia doméstica: depresión y ansiedad severa. El abuso conyugal puede ser el principal factor precipitante en la incidencia de suicidio femenino. Confites en el Infierno.

La actitud demostrada por la población indica de manera importante su posición acerca de la posibilidad de evitar la VIF, así como las formas de solución para evitarla, y también su posición hacia dónde recurrir para buscar ayuda.

Los grupos de ambos sexos respondieron en un alto porcentaje que se puede evitar.

La actitud positiva de la población frente a la posibilidad de evitar la VIF, indican el nivel de conciencia que se refleja en las iniciativas planteadas que recogen la necesidad que presentan para encontrar salidas que ayuden a resolver el problema y sus graves consecuencias.

Las respuestas dadas por la población entrevistada, más mujeres que hombres, revelan su actitud para detectar la VIF como un problema en su comunidad e identificar a personas afectadas. Ello ligado al del conocimiento y a la expectativa de cambio suman elementos positivos que pueden contribuir a enfrentar un problema que identifican como causante de graves problemas a la salud hasta capaz de ocasionar la muerte.

Sin embargo, también aparece un grupo que no consideran la VIF como un problema en su barrio, lo cual refleja la baja conciencia respecto al problema en ese grupo de entrevistado s/as.

Referente a la búsqueda de ayuda, más de la mitad de la población considera que la Casa de la Mujer tiene mayores posibilidades de dar respuestas, en relación a otros organismos e instituciones ; en segundo lugar mencionaron a la Policía.

• PRÁCTICA:

El sentido de referencia de la población sobre el MINSA, como la institución rectora de la salud ligado a la VIF, refleja el poco acercamiento hacia las unidades de salud al responder que nunca han acudido al centro de salud para buscar ayuda, se reconozcan o no como personas afectadas por VIF.

De las que han logrado hacerlo, más de la mitad respondieron haberse sentido atendidas adecuadamente. En menor número expresaron no haber recibido la atención que necesitaban y expresaron su inconformidad por la calidad de la atención.

Llama la atención que algunas personas entrevistadas identificaron que una de las razones para no dar una buena atención es que el personal no sabía "qué hacer". Lo que denota que la falta de manejo del problema a nivel de la unidad de salud es evidente y se proyecta hacia las usuarias.

• INFORMACIÓN

Los datos recolectados con la población entrevistada evidencian un vacío en el acceso a la información que la población debería manejar. El 76% manifestó no haber recibido ningún tipo de información que le instruyera sobre la gravedad acerca de la VIF y sus consecuencias.

En Nicaragua se ha iniciado una mejoría en el acceso a los servicios, recursos y la justicia para mujeres y niños/as que sufren VIF, existiendo numerosos centros en el país dedicados a esta atención (Endesa 1998); sin embargo los efectos de una ausencia de la divulgación para informar sobre VIF a la población, continúan aún presentando altos porcentajes de desinformación, lo que conlleva el riesgo que continúe perpetuándose la culturización acerca de "la violencia intrafamiliar como natural", y por lo tanto permitida con su consecuente impunidad.

El bajo porcentaje que respondió haber recibido alguna información, manifestó haberla obtenido en primer lugar de la Casa de la Mujer y de la Red de Mujeres contra la Violencia. Lo que coloca a estas organizaciones de mujeres en una ventaja de compromiso con las víctimas de VIF frente a otras instituciones, sobre todo estatales, e incluso la propia familia de los y las entrevistadas, la que fue mencionada en tercer lugar.

• PREVALENCIA

Prevalencia se refiere a la proporción de personas en una población que tienen al momento del estudio una determinada condición o enfermedad (Ellsberg et al 1998)

Los resultados obtenidos sobre el grado de prevalencia de violencia intrafamiliar en la población entrevistada pretende evidenciar la proporción de personas afectadas por -

violencia intrafamiliar en el momento de realizar la investigación; así como encontrar la iniciativa de las mismas para la búsqueda de ayuda.

La información obtenida a través de este estudio revela que de toda la población entrevistada, 102 personas, mujeres (82) y hombres (20), 30 estaban siendo afectadas por VIF al momento del estudio, lo que corresponde al 29% de la población total, de los cuales 27 son mujeres y 3 son hombres.

Estudios de prevalencia de violencia intrafamiliar en León revelan que “una de cada cuatro mujeres que viven en pareja está siendo maltratada actualmente” (Ellsberg et al 1998).

Los resultados de ENDESA-98 sobre violencia intrafamiliar indican que a nivel nacional en Nicaragua las mujeres en unión alguna vez han recibido algún abuso por parte de sus compañeros.

Dichos estudios, y otros similares, confirman el hallazgo en esta investigación, incluso en la que se muestra un ligero incremento de esa proporción. A través de la cual revela que la población femenina que afirma estar afectada por VIF, que representa el total de la población de mujeres entrevistadas.

Al analizar la frecuencia de los diferentes tipos de VIF y su afectación por sexo, se incrementan de 30 a 51, tomando en consideración que la población entrevistada reporta estar afectada por

más de un tipo de violencia intrafamiliar, presentándose generalmente una combinación de dos o tres.

La violencia emocional o psicológica se presenta en mayor medida, para ambos sexos, 28 casos; en segundo la violencia física, 15 casos y en tercero la sexual, esta última dirigida exclusivamente a las mujeres, 8 casos.

La base de esas respuestas responde al patrón de conducta de los agresores analizada en diversos estudios. La VIF incluye una amplia gama de abusos que no se producen comúnmente de forma aislada o separada, si no que forman parte del continuum de severidad. (Shrader - OPS 1998)

Se observa que a pesar del alto subregistro por la existencia de diferentes barreras que impide a la población reportar el hecho de estar afectada por VIF, y por la construcción social del machismo, en donde uno de los roles fuertemente establecidos es el del hombre=agresor, al abordar a la población masculina sobre el aspecto de prevalencia el estudio presenta el hallazgo de hombres afectados por VIF.

El estudio refleja la mayor incidencia por parte de la VIF emocional que se ejerce sobre mujeres y hombres. De las mujeres entrevistadas (27), afirmaron ser víctimas de VIF emocional; además de física, y sexual . De los hombres (3) que afirmaron estar afectados por violencia, la información obtenida es que la totalidad es afectado por VIF emocional por VIF física.

ACTORES Y ACTORAS SOCIALES DE SAN MARCOS

Según el análisis de los Resultados sobre Actores Sociales observamos que en relación a la:

- **PERCEPCIÓN**

Las personas entrevistadas opinan que las principales Víctimas de la VIF :

Solo dos personas hablaron directamente de que la VIF atraviesa todas las clases sociales y que es más discreta en las altas esferas sociales, lo que permite pensar que persiste con fuerza el mito de que la VIF afecta principalmente a gente humilde y de escasos recursos.

El hecho de que un 71,4 % no hablara del impacto de la VIF en las clases sociales altas puede interpretarse como una falta de información adecuada, insuficientes conocimientos y por la persistencia de creencias erradas. Ya que en las últimas investigaciones nacionales se concluye que :

....No obstante encontrar diferencias entre las mujeres maltratadas, el hecho de hallar altos niveles de maltrato en los grupos de mujeres de mayores recursos y educación demuestra, que la violencia conyugal no se restringe a grupos sociales específicos, sino que abarca todos los estratos de la sociedad. En otras palabras cualquier mujer puede ser maltratada...(Ellsberg et al 1998, p 50)

Los actores y actora social reconocen como la VIF repercute directamente en los hijos e hijas de las mujeres maltratadas, sea por que la sufren directamente o por que son testigos de la misma y después hablaron de que por tradición imitaran al padre, como comentaba el maestro. Esta información reafirma los resultados de las investigaciones de (Ellsberg et all-1998 y Endesa-1998) donde los hijos e hijas de las mujeres maltratadas presencian la misma entre un 50% y 60% respectivamente y las graves repercusiones que esta presencia tiene en la salud emocional y física de los mismos y en el mantenimiento de la reproducción de la misma .

A su vez los actores y actora perciben que la VIF afecta a toda la familia y que las familias donde existe VIF son familias en dificultades, como expresó la Coordinadora de la Casa de la Mujer.

- Según el análisis de resultados en relación a las causas de la VIF encontramos que :

Todas las personas entrevistadas describieron más de una causa, por lo tanto reafirman la multicausalidad en la VIF, presente para comprender el origen de la VIF . En la explicación de las

causas, el 71,4% asocia principalmente como causas la pobreza y el abuso de drogas, entre ellas la mas consumida , el alcohol. Los actores refieren una gran variedad de causas, pero no visualizan las mismas como factores desencadenantes o de riesgo, solo el maestro habló de las drogas y el licor como factores estimuladores de la VIF.

Las causas generadoras de la VIF como son el abuso de poder, el dominio de un género hacia otro, el predominio de una generación sobre otra, solo fue nombrada dos veces , una como machismo y otra como irresponsabilidad masculina , y referidas por dos hombres ¹⁷, no fue nombrada por la representante de la Casa de la Mujer.

Es decir persisten los mitos causales de la VIF asociados a drogas, alcohol y pobreza; no hay claridad entre los actores sociales acerca de la construcción social discriminatoria de los géneros y que ésta contribuye de manera especial a la violencia intrafamiliar.

En la reciente investigación de Endesa 1998 se encontraron algunos factores sociales que tenían mayor presencia en mujeres víctimas de violencia conyugal que en las que no la estaba viviendo como fueron: la madre de la víctima fue golpeada, la suegra fue golpeada, el marido se emborracha, los hijos o hijas no llevan el apellido del padre y los hijos o hijas no reciben apoyo económico del padre. Estos factores en su conjunto ayudan a entender un poco más el fenómeno de la violencia y todas sus consecuencias.

Durante años equipos de investigación que han concentrado sus esfuerzos en la búsqueda de teorías para explicar la violencia de género la única variable que apareció consistentemente como factor de riesgo para ser víctima de violencia conyugal en las mujeres fue el hecho de haber sido testigo de violencia intrafamiliar cuando niña . Y como factores de protección potenciales contar con una red social.

En relación a los hombres los factores asociados con el riesgo de ser agresor fueron haber sido testigo de violencia en la infancia o adolescencia, el abuso de alcohol, el nivel educativo, ingreso

¹⁷ El Alcalde y el Coordinador del Movimiento Comunal. respectivamente.

y el uso de violencia física hacia los hijos e hijas. De esta revisión concluyen que no existe ni una víctima típica ni ningún agresor típico. (Ellsberg et al 1998) p 26-27.

- **CONOCIMIENTOS:**

La concepción que sobre VIF plantean los entrevistados y entrevistada indica que su mayor conocimiento está asociado con lesiones físicas, lo que comúnmente se llama “maltrato” hacia las cónyuges mujeres. En menor medida y revela un grado de conocimiento por parte del juez, probablemente por su vinculación laboral , éste describió la VIF como intentos de homicidio. Otros también incluyeron la violación a niñas, la violencia emocional y la violencia sexual.

Existe un común denominador que muestra un determinado grado de conocimiento sobre la VIF e identificaron que la VIF y sus expresiones son en su mayoría con más de un tipo de violencia ya que hablaron de violencia física y psicológica ,que coincide con los resultados encontrados en recientes investigaciones nacionales (Ellsberg et al- 1998) donde describen que casi de la totalidad de las mujeres agredidas físicamente, la misma estaba acompañada por ofensas y humillaciones . En (Endesa 1998) los datos son de que las tres cuartas partes sufrieron más de un tipo de violencia .

- **ACTITUD**

Al analizar los resultados obtenidos acerca de las actitudes de los y la actores sociales frente a la VIF, arrojan una información importante, donde a pesar de la poca capacitación recibida sobre el problema de VIF, existe una actitud positiva ante la posibilidad de cambio, de lograr que puede evitarse.

Llama la atención que la totalidad presentaron positividad en su actitud y consideraron la educación y capacitación como elementos decisivos para un proceso de transformación de la sociedad en su conjunto.

Las leyes también se evidenciaron como un instrumento de gran utilidad y necesidad, un porcentaje considerable, encuentran en las leyes de protección, especialmente la ley 230, una herramienta de apoyo y evalúan el “ castigo, la sanción” como necesaria. Demostrando una conciencia sobre la importancia de una combinación entre educación y aplicación de las sanciones correspondientes a través de la aplicación de leyes.

Otro elemento revelador es la mención de la divulgación masiva para evitarla, transmitir públicamente el problema, significa a la luz, no permitir que siga encerrado dentro de las cuatro paredes de las víctimas, en otras palabras “ romper el silencio”, desmitificarlo como lo “ privado” que le ha fortalecido su situación de impunidad. El hecho que sea la Casa de la Mujer la que lo plantea como una alternativa demuestra el nivel de mayor profundización que ha tenido la oportunidad de desarrollar.

La clara conciencia de casi la mitad de los actores sociales planteó la importancia del trabajo coordinado entre toda la sociedad. Las demandas acerca de un plan coordinado interinstitucional en el que la sociedad civil tiene un rol importante, refuerza lo fundamental de la participación de todos los actores de la sociedad apoyados en políticas nacionales y de servicios que garanticen la lucha exitosa contra la VIF. (Shrader- Sagot.- OPS 1998)

Existe un nivel aceptable de comprensión de lo que es la VIF y los diversos tipos existentes de la misma física, emocional y sexual. La VIF de tipo económico no fue tan reconocida. Pero aún persisten mitos y poca claridad en las causas fundamentales de la VIF, como la subordinación ocasionada por al discriminación genérica así como en el reconocimiento de factores de riesgo de dichas situaciones de VIF.

La oferta de servicios de atención a víctimas y sobrevivientes de VIF es limitada y sobre todo cuando las mismas son niños o niñas, principalmente desde las instituciones estatales. Se hacen esfuerzos desde el Centro de Salud Municipal y la Policía. La mayor y más integral oferta de servicios para la atención a víctimas de VIF se encontró en la Casa de la Mujer.

Por lo que la Casa de la Mujer es un actor estratégico por el abanico de servicios que brindan y por ser impulsoras de cambios en el resto de actores por las capacitaciones y la sensibilización que realizan a través de campañas nacionales de la Red de Mujeres contra la Violencia y la CODEMI a nivel local.

Hay niveles de coordinación y referencia entre ellos, a pesar de la existencia de algunos obstáculos a superar. No está estructurada una red de servicios, ni de referencias o contrarreferencias. Si se encontró en general niveles apreciables de motivación y sensibilidad ante la temática y las perspectivas de coordinación.

- La entrevista a profundidad realizada con los actores sociales, su estructuración y el abordaje realizado, permitió profundizar en el aspecto de sus actitudes frente a la VIF, pudiendo detectarse sus actitudes altamente positivas frente a la posibilidad de incidir y modificar el problema de la VIF, a través de acciones concretas planteadas por ellos/a.
- El aspecto abordado sobre los niveles de capacitación en cada uno de los actores evidencia un gran vacío, en algunos más graves que en otros, siendo tan sensibles que ellos mismos expresan su falta de conocimiento, tanto a nivel personal como institucional. La práctica les ha dado un poco de información, pero proyectan errores sobre la concepción del problema por falta de apoyo técnico.
- En general las propuestas que los actores sociales hacen están muy apegadas a sus necesidades más importantes y demuestran saber como las propuestas vendrán a apoyar el buen desempeño de su trabajo. La más significativa es la capacitación.
- **PRÁCTICA**

La oferta de servicios es más amplia desde la sociedad civil que desde las instituciones estatales .

Los ejes de trabajo son más integrales desde la misma pues se encuentran servicios de atención a personas viviendo VIF, como de prevención de la misma , de denuncia y de promoción de una vida no violenta.

A pesar de la gama de servicios ofertados para la atención de personas viviendo VIF en el municipio estos no son suficientes. Ni tampoco de manera individual las instituciones, tanto estatales como de la sociedad civil, tienen la capacidad de resolución de los casos que atienden o podrían atender, siendo imprescindible la coordinación y complementariedad. No existe una articulación o red de atención estructurada como tal.

No existen servicios específicos para la atención de la niñez víctima de la VIF.

La casa de la Mujer es la que ofrece mayor variedad de servicios y se demostró que es un actor estratégico para el problema de la VIF en el municipio de San Marcos.

Todos los y las actores sociales tienen coordinaciones entre sí, en algunos casos muy puntuales y casuísticas son bilaterales y en otras ocasiones trianguladas. El Movimiento Comunal refiere tener dificultad de coordinación con el MINSA. El resto de actores sociales no expresaron dificultades en la Coordinación entre ellos.

• CAPACITACION

Prácticamente la totalidad de los Actores Sociales ha recibido poca capacitación sobre el tema de VIF, y en los pocos casos que han tenido acceso a información o capacitación ha estado dirigido a las jefaturas de las instituciones, habiendo poco o ninguna capacitación para los demás niveles.

De parte de los entrevistados/a existe la conciencia de la importancia de este componente y la capacidad de identificar lo valiosa que es para el mejor desempeño de su trabajo y elevar la calidad de la atención a las personas víctimas de VIF que recurren a buscar ayuda.

La Casa de la Mujer es el organismo que ha tenido mejores oportunidades para acceder a la capacitación, siendo su personal el más capacitado sobre la VIF y de todos los actores sociales de San Marcos. Al mismo tiempo, y por su misma formación, se ha convertido en la mayor agente de capacitación para otros actores dentro del mismo municipio. Los temas sobre los que giran las capacitaciones están dirigidos al aspecto jurídico, el manejo de las leyes, sobre todo la ley 230 y temas sobre defensoría popular para apoyar a las víctimas de VIF.

Los organismos que les han impartido la capacitación a ellas son la Red de Mujeres contra la Violencia y la CODENI. El otro organismo que tiene un nivel de información similar a la Casa de la Mujer es el Movimiento Comunal.

Tomando en consideración el papel que debe jugar el MED como la institución rectora de la educación por parte del estado, se observa que su nivel de conocimientos adquiridos a través de capacitaciones sobre el tema de VIF no es directamente proporcional a la importancia de su rol en la sociedad. Limitándose al aspecto de abandono de la niñez.

Todos los actores sociales manifestaron su interés y plantearon su demanda de llenar sus expectativas de capacitación. El planteamiento del juez y del pastor evangélico evidencian la inquietud alrededor del tema y sus expectativas para recibir los elementos que necesitan para hacer más eficiente su labor social.

• PROPUESTAS

La totalidad de los y la entrevistada colocaron en el primer lugar de prioridad en sus propuestas a la capacitación. A través de ella esperan tener el conocimiento necesario que les permita dar las respuestas adecuadas a la población.

Todos los actores confirmaron lo impostergable de desarrollar las acciones siguientes:

- Capacitación sobre los diferentes aspectos de la VIF.

- Conocimientos sobre las leyes de protección contra la VIF
- Establecer coordinaciones interinstitucionales
- Organización de Escuelas para Padres-Madres
- Capacitación a los miembros de las iglesias, policías y jueces
- Organizar encuentros de actores sociales para intercambio de experiencias.

Existe un interés y una gran disposición de los y la actores/a frente a la magnitud que representa el problema de la VIF en el municipio, a nivel de las familias, y a nivel de la comunidad. Este espíritu de disposición muestra la preocupación de los diferentes actores frente al problema que afecta a la población de San Marcos y que debe ser atendida buscando las respuestas adecuadas y oportunas.

X. CONCLUSIONES

PERSONAL DE SALUD

- Existe la percepción en un 100 % del personal de salud de San Marcos, Carazo, que la **Violencia Intrafamiliar es un grave problema de salud pública** y que el MINSA debería actuar ante esta problemática. Por lo que se puede afirmar que hay un alto nivel de sensibilidad y motivación por parte de todo el personal acerca de la gravedad del problema de la VIF y del papel clave del MINSA ante esta temática .
- El personal de salud valoró como un grave problema de salud la VIF y las motivaciones para así considerarla fueron, por orden de importancia, por las consecuencias que la VIF ocasiona en la salud de las mujeres y la niñez, por la desestabilización que la VIF provoca en la sociedad y en las familias ; por la cantidad de personas viviendo VIF que se conocen y por último por que es una epidemia silenciada y no denunciada.
- El personal de salud identificó con claridad las propias barreras para la detección de la VIF, las de las usuarias para pedir ayuda y las institucionales para atender a las víctimas de VIF. Uno de los pilares fundamentales que sustentaban dichas barreras era la falta de formación del personal de salud, lo que conllevaba a la persistencia de creencias y mitos como la de considerar que la VIF es un problema privado y también por ello el miedo del personal de salud a preguntar por temor a la reacción de las usuarias o del agresor; así como a no entender por que las mujeres no dicen la verdad.
- Se reconoció en un porcentaje pequeño por parte de las mujeres no médicas, que la propia vivencia de VIF en el personal de salud es una barrera para la identificación de VIF en las unidades de salud. Es decir dentro del personal de salud, también hay víctimas y agresores lo cual limita la detección de la VIF por sus propias experiencias de vida.

- El personal de salud respondió mayoritariamente que el principal motivo por el que las mujeres no cuentan que están viviendo VIF es por el miedo al agresor en sus diversas variaciones.
- Los conocimientos acerca de que es la VIF se centraron más en reconocerla principalmente como violencia física, que en algunas ocasiones asociaban a violencia emocional . La violencia sexual como parte de la VIF no fue reconocida por los hombres del personal de salud . En varias de las respuestas incluyeron en la conceptualización de VIF más de un tipo de violencia. Y un pequeño porcentaje habló de la violencia económica como parte de la VIF.
- Es preocupante la actitud del personal de salud que ante la sospecha de personas viviendo VIF que llegan a las consultas , en un 21% no preguntaban que les estaba pasando, este hecho se agudiza cuando estamos hablando de hombres del personal de salud.
- En la práctica las posibilidades del MINSA para dar una respuesta integral son limitadas, ya que la mayoría de referencias de atención para víctimas de VIF son externas al MINSA, a pesar de que el equipo de salud municipal de San Marcos es uno de los más completos del departamento, ya que cuentan con sicóloga y trabajadora social en la cabecera municipal.
- El personal de salud demostró sensibilidad y compromiso ante la VIF como problema de salud proponiendo diversas estrategias y que corresponden a diversos actores sociales, las mismas están recopiladas en las recomendaciones de la investigación.
- El personal de salud registra solamente en la mitad de las ocasiones a las personas que atienden por VIF, y lo anotan como un dato más en la historia clínica, no en un formato que visibilice la VIF como motivo de consulta , por lo que se invisibiliza la magnitud del problema
- En la capacitación sobre VIF solamente el 41 % del personal de salud fue capacitado en algunos temas de la VIF, se priorizó a los hombres más que a las mujeres . Dicha capacitación no respondió a ningún Plan previamente diseñado.

POBLACIÓN

- La VIF se identifica por la población en general, en primer lugar como maltrato físico; en segundo lugar con maltrato psicológico; y en tercero con violencia, violación, sexual. Identifican que las personas afectadas pueden serlo por más de dos tipos de VIF simultáneamente.
- Se registra una coincidencia en la población de ambos sexos al responder que la VIF está dirigida en primer lugar a las mujeres adultas, en segundo lugar a la niñez, y la asocian con problemas en el hogar, mencionando diversos efectos para la salud, incluso hasta la muerte.
- La población entrevistada en su mayoría no ha recibido ninguna información sobre VIF. Siendo la Casa de la Mujer la que ha transmitido alguna información y les ha distribuido algún material educativo sobre VIF de la Red de Mujeres contra la Violencia. La presencia de las instituciones estatales ha sido muy baja. Por lo que han buscado alguna información en familiares y amigos/as.
- Las mujeres entrevistadas tienen capacidad de identificar problemas de VIF en su barrio o comunidad. De igual forma los hombres afirmaron saber detectarlo. Sin embargo un pequeño grupo de mujeres y hombres entrevistados no lo identifican como problema en su barrio.
- La población reconoce en gran medida el rol determinante de la cultura y la socialización para la construcción machista, la base para la promoción de la desigualdad de los géneros, a su vez fuente original de la violencia intrafamiliar. También mencionan la falta de comunicación entre parejas o padres-madres-hijos/as. Y aunque fue un porcentaje pequeño de la población consideraron como causa de la VIF las adicciones al alcohol y las drogas, queda establecido en la mayoría que son elementos que contribuyen a empeorar el problema de VIF.

- Las respuestas de la población de San Marcos indican que tienen una actitud positiva frente a la posibilidad de evitar la VIF . Consideran la comunicación en las familias; la capacitación sobre el problema y la creación de empleos formas para evitarla.
- La mayoría de la población entrevistada considera que la Casa de la Mujer está preparada para orientar y apoyar sobre el problema de la VIF, por lo tanto es el lugar indicado donde acudir.
- La población en general considera que el personal de salud puede ayudar a atender a personas víctimas de VIF.
- En relación a la prevalencia detectada en la población entrevistada, el 29% de la población total, 30 personas de 102, afirmó ser víctima de VIF al momento de realizar el estudio. De las mujeres entrevistadas, el 32 % afirmaron estar sufriendo VIF y el 15 % de los hombres.

ACTORES SOCIALES

- Existe el reconocimiento en el 100 % de los y la actora entrevistada de que las mujeres son las principales víctimas de la VIF y visualizaron con gran relevancia a las niñas y los niños como víctimas directas o como testigos de la violencia intrafamiliar y que además la misma afectaba a toda la familia.
- Existe un nivel aceptable de comprensión de lo que es la VIF y los diversos tipos existentes de la misma física, emocional y sexual . La VIF de tipo económico no fue tan reconocida. Pero aún persisten mitos y poca claridad en las causas fundamentales de la VIF, como la subordinación ocasionada por la discriminación genérica así como en el reconocimiento de factores de riesgo de dichas situaciones de VIF.

- La oferta de servicios de atención a víctimas y sobrevivientes de VIF es limitada, y sobretodo cuando las mismas son niños o niñas, principalmente desde las instituciones estatales. Se hacen esfuerzos desde el centro de salud municipal y la policía. La mayor oferta de servicios para la atención a víctimas de VIF se encontró en la Casa de la Mujer.
- La Casa de la Mujer es un actor estratégico por el abanico de servicios que brindan y por ser impulsoras de cambios en el resto de actores por las capacitaciones, y la sensibilización que realizan a través de la divulgación a nivel local de las campañas nacionales de la Red de Mujeres contra la Violencia y la CODENI.
- Hay niveles de coordinación y referencia entre ellos, principalmente bilaterales, con algunas barreras a superar.
- No está estructurada una red de servicios, ni de referencias o contrarreferencias municipales.
- Se encontró en general niveles apreciables de motivación y sensibilidad ante la temática y las perspectivas de coordinación.

XI. RECOMENDACIONES :**MINSA departamental, municipal y nacional**

- ✓ Elaborar un Módulo de Formación en Violencia Intrafamiliar para facilitadores y facilitadoras del personal de salud y otros actores sociales claves del territorio, en el marco del Proyecto SAREM- SILAIS Carazo. El Módulo tendría un abordaje de la temática integral basado en el enfoque de género y generacional, que responda a un Plan de Formación de recursos humanos.
- ✓ Incidir en la necesidad de contar con el Diseño del Protocolo de Atención a víctimas de VIF a nivel de las autoridades del MINSA Nacional , para asegurar la Atención integral a las personas que viven VIF
- ✓ Acondicionar los consultorios en las unidades de salud que no garantizan privacidad para detectar y atender a personas viviendo VIF , esto permitiría fortalecer la seguridad a las víctimas y al personal de salud y que las personas pueden hablar en confianza.
- ✓ Garantizar que el personal de salud tenga tiempo suficiente en las consultas para el abordaje integral de la VIF. La estabilidad laboral del personal es necesaria para asegurar la calidad y continuidad del trabajo a realizar.
- ✓ Registrar en los motivos de consulta las personas atendidas por VIF, mientras se diseña el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre VIF a nivel nacional.
- ✓ Pensar en la posibilidad de crear centros de salud amigos de las mujeres y la niñez por su compromiso con la no violencia.

Comité Intersectorial Municipal

- ✓ Incluir en la agenda de trabajo del Comité Intersectorial Municipal la temática de la VIF y promover la participación de los actores claves ausentes, como sería la presencia del Juez en el mismo, entre otros.
- ✓ Promover un Plan Municipal de Actuación frente a la VIF, fortaleciendo la coordinación intersectorial municipal ya existente. Dicho Plan debería incluir componentes de Prevención, Atención, Divulgación y Promoción. Donde se definan claramente las responsabilidades , funciones y límites de cada uno de los y las actoras sociales ; así como el plan de referencias y contrarreferencias entre ellos y ellas.
- ✓ Articular un Plan de Capacitación Municipal a partir del Módulo de Formación a facilitadores y facilitadoras . Es necesario profundizar más en las causas primarias de la VIF , los mitos y las creencias para dotar de herramientas en la atención a las mujeres y la niñez víctimas de VIF con el fin de mejorar en el abordaje y a largo plazo incidir en la prevención de la VIF
- ✓ Divulgar masivamente a la población mensajes educativos acerca de que la VIF se aprende no es natural y se puede prevenir. Así como de la gravedad de los efectos de la VIF en la salud de las mujeres y la niñez como principales víctimas de la VIF

BIBLIOGRAFIA

1. Aguilar, L. Instrumentos Conceptuales para introducir el análisis de Género en Salud a nivel local. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Absoluto.San José. 1993.
2. Ayala, A y Gonzalez, R. Respuestas comunitarias de atención a víctimas de Violencia Intrafamiliar en la Colonia Guadalupe. San Salvador. San Salvador. Mimeo. 1998.
3. Batres, Gioconda. Del Ultraje a la esperanza: Tratamiento de las secuelas del incesto. ILANUD. Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica 2 ed. 1997.
4. Claramunt, C. Casitas Quebradas: El problema de la violencia doméstica en Costa Rica. San José. 1996. Sed
5. Claramunt,C . Mujeres Maltratadas Guía de Trabajo para la intervención en crisis. OPS. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Mimeo. Sed. 1998
6. Claramunt, C. Propuesta para la definición de un Modelo de Atención Comisarías de la Mujer y la Niñez. INIM. Mimeo. Nicaragua. 1997.
7. Corsi, J. Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar. Mimeo. Argentina. Sed.
8. Clavel, C. Gutiérrez, V. Informe Nacional situación de violencia de género contra las mujeres. PNUD. Nicaragua. Mimeo. 1999. Marzo.
9. ENCUENTRO : Revista de la UCA . Violencia, sociedad y cultura. Año XXXI.
10. N 48. 1999 .
11. Gadea, A. Modelo de Atención Violencia Intrafamiliar. Estelí. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Mimeo. Nicaragua. 1997.
12. Guido, Lea. Deconstruir la Violencia Intrafamiliar: Estado y Sociedad civil, rol del sector salud. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Mimeo.San José. 1997.
13. Heise, L ; Pitanguy, J y Germain, A. . Violencia contra la mujer : La carga oculta de salud Mimeo. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Washington .Mimeo.1994.

14. Heise, L. Violence against women: an integrated, ecological model. Mimeo. Takoma. sd
 15. Lang, C; Carrasco, S y Narvaez, S. Ruta crítica que siguen las afectadas por la violencia intrafamiliar realizada en el municipio de Estelí. SILAIS Estelí. Informe. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Mimeo. Nicaragua. 1998
 16. Larrain , S. Violencia puertas adentro : La mujer golpeada. Chile. Universitaria – Col. Punta Lanza. 1994.
 17. Larrain, S et all. Violencia Doméstica contra la Mujer en América Latina y el Caribe: revisión de dos décadas de acción. Ponencia de la Conferencia: Violencia Doméstica en América Latina y el Caribe. Washington. Mimeo. Banco Interamericano de Desarrollo. 1997.
 18. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo- Centroamérica. Bibliografía sobre la Violencia como Problema de Salud Pública. San José. Guilá. 1994.
 19. Organización Panamericana de la Salud – Programa Mujer, Salud y Desarrollo- Hacia un modelo de atención de Violencia Intrafamiliar: Intervenciones ampliadas y consolidadas coordinadas por el estado y la sociedad civil. Washington. Mimeo. Abril 1997
 20. Organización de los Estados Americanos. Comisión Interamericana de Mujeres. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer: Convención de Belem do Pará. Washington. Mimeo. 1994.
 21. Red de Mujeres contra la Violencia. Comisión de Mujeres de Fe. Reflexión Cristiana: Cómo ayudar a una mujer maltratada ? 2 edic. Helios. Managua. 1998.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Por el derecho a vivir sin violencia: acciones y propuestas desde las mujeres. Cuadernos Mujer y Salud. I. Chile. 1996.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- I Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Resolución del Consejo Directivo. OPS/OMS. Washington. OPS. 1993.
- II NICARAGUA. Ministerio de Salud. Decreto del Ministerio de Salud sobre la Violencia Intrafamiliar. Acuerdo Ministerial No 67-96. Nicaragua. Noviembre 1996.
- III Red de Mujeres contra la Violencia. Ley 230 para prevenir y sancionar la violencia intrafamiliar. Imprimatur. Nicaragua. 1996.
- IV Sharader, E y Sagot, M. La Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar: Protocolo de Investigación. Organización Panamericana de la salud. Washington. 1998.
- V Franco, S. La Violencia: Problema y Reto para la salud Pública. Ponencia del Seminario Violencia contra la mujer en Centromérica. Managua. 1992. Mimeo. Nicaragua 1002.
- VI Naciones Unidas. Declaración y Plataforma de Acción de la Mujer de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Beijing Naciones Unidas. 1995
- VII Ellsberg, M; Peña, R; Herrera, A; Lilijestrang, J y Winkvist, A. Confietes en el Infierno: Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. 2 edic. Red de Mujeres contra la Violencia. UNAN León Universidad Umea. Impasa. Nicaragua. 1998.
- VIII Paltiel, F. La Salud Mental de las mujeres en las Américas. Washington Organización Panamericana de la Salud. Pub. Cientif.54. 1993.
- IX Banco Interamericano de Desarrollo. FIDEG. El Impacto socioeconómico de la Violencia Doméstica contra la mujer en Chile y Nicaragua. Nicaragua. Mimeo. 1997.
- X República de Nicaragua. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud. 1998. Informe preliminar. INEC. MINSA. Macro Internacional- DHS. Nicaragua. Mimeo. Septiembre 1998.
- XI Gadea, A. Subregistro de las Causas de Violencia Intrafamiliar en unidades de salud del Municipio de Esteli- SILAIS Esteli, 1995.
- XII Organización Panamericana de la Salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Género y Salud. Cuadernillo de Capacitación. MINSA- OPS- UNICEF. Nicaragua. 1994.

-
- XIII Red de Mujeres contra la Violencia. UNAN León. Cómo atender a las mujeres que viven en situaciones de Violencia Doméstica ? Orientaciones básicas para el personal de salud. Nicaragua. Impasa. 1998
- XIV GLARP. Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional. Curso de Metodología de la Investigación. La Investigación Histórico Comprensiva. Módulo 5. 1992. Colombia. Mimeo.
- XV Ruiz, BC. Violencia contra la Mujer y la Niñez: una perspectiva de salud. Escuela de Enfermería. Universidad Politecnica de Nicaragua. (UPOLI). Nicaragua. Imprimatur. 1998
- XVI Johnson, MP. Patriarchal terrorism and commom couple violence: two forms of violence against women. Journal of Marriage and the Family. 57, 283-294.1995
- XVII Carroll, J. The intergenerational transmission of family violence: The Long: Term effectos of aggressive behavior: Adv family Psychiatry, 2,171- 181- 1980.
- XVIII Walker, Leonor. The battered woman. New York: Harper and Row. 1979.
- XIX ACOG. (American College of Obstetricians and Gynecologists) Grupo de trabajo en Violencia Intrafamiliar. Violencia Doméstica: el papel del médico en la Identificación Intervención y prevención. Washington. 1995

ANEXOS

- Anexo 1. Decreto Ministerial**
- Anexo 2. Modelo Ecológico**
- Anexo 3. Consecuencias de la Violencia en la salud de las mujeres**
- Anexo 4. Matriz 1 de Descriptores**
- Anexo 5. Matriz 2 de Recogida de Información**
- Anexo 6. Matriz 3 de Análisis de Resultados**
- Anexo 7. Hoja de recomendaciones para encuestadoras**
- Anexo 8. Resultados de Personal de Salud
Tablas 1-11
Gráficos 1-20**
- Anexo 9. Resultados de Población de San Marcos
Matrices 4- 9
Tablas 12-20
Gráficos 21-30**
- Anexo 10. Resultados de Actores Sociales de San Marcos
Matrices 10-15
Tablas 21-26
Gráficos 31-35**
- Anexo 11: Listado de Actores sociales entrevistados**
- Anexo 12: Instrumentos para Recolección de Información**
- Anexo 13. Glosario**

ANEXO No.1
Decreto de Ministerio de Salud de Nicaragua
sobre la Violencia-intrafamiliar
Acuerdo Ministerial N° 67- 96

Considerando

Que el Gobierno de la República de Nicaragua es signatario de la "Convención de Belem do Pará" adoptada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) en el año 1994, para prevenir, sancionar y erradicar- la violencia contra la mujer, en la cual se considera que "el reconocimiento y el respecto irrestricto de todos los derechos de la mujer son condiciones indispensables para su desarrollo individual y para la creación de una sociedad más justa, solidaria y pacífica."

Que el crecimiento continuo de hechos de violencia intrafamiliar que afectan y producen alteraciones a la salud física y psíquica de las personas, obligan al Estado y la sociedad civil a tomar medidas para su debida prevención y atención.

Que el Ministerio de Salud siendo parte integrante del Gobierno asume como un problema de salud pública la violencia intrafamiliar, lo cual le obliga al diseño de políticas y estrategias para contribuir a su erradicación.

POR TANTO:

RESUELVE:

PRIMERO: Autorizar a las unidades de Salud del Estado a prestar atención a la población afectada por violencia intrafamiliar.

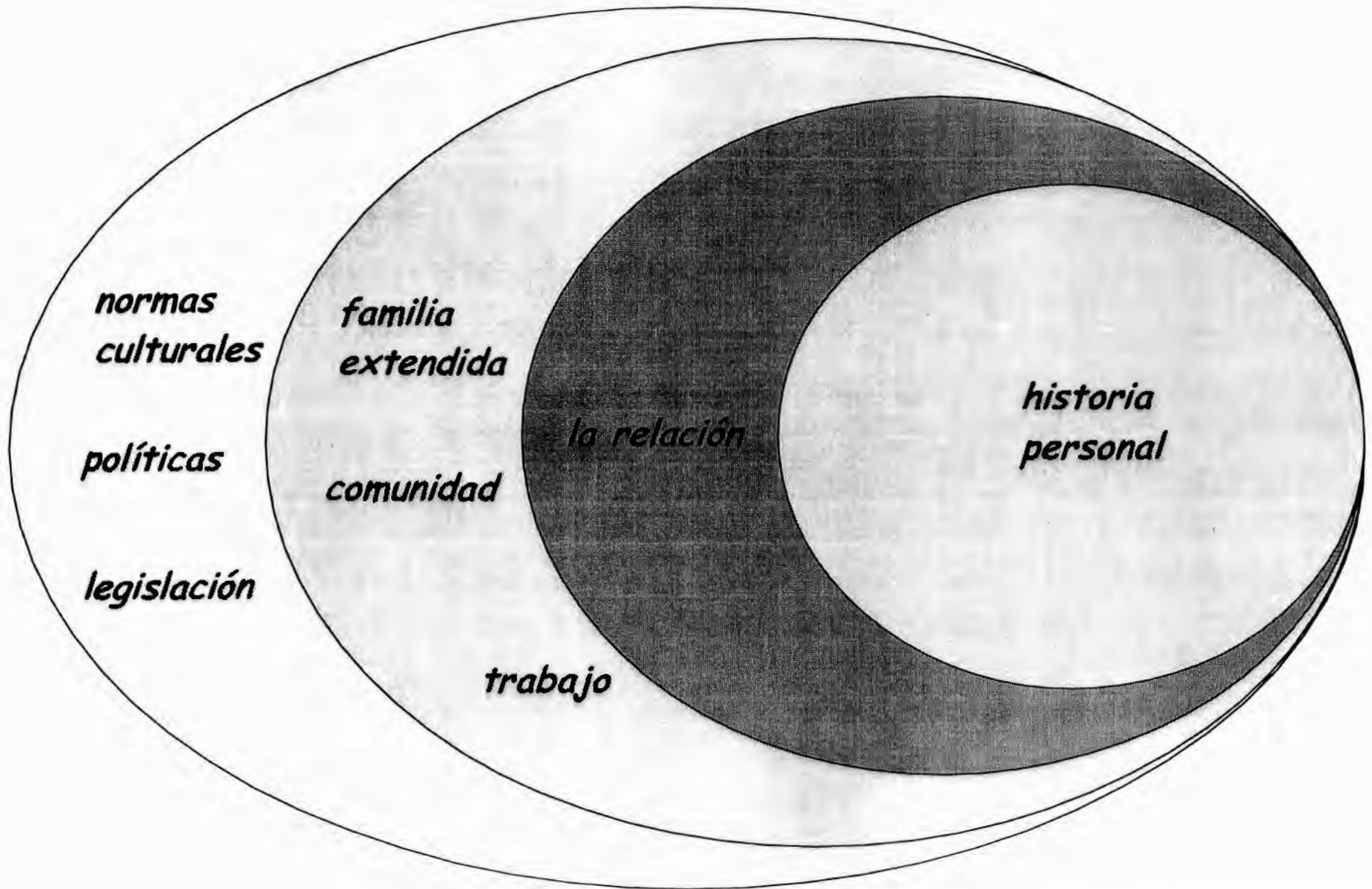
El personal que labora en estas unidades prestará la atención debida a quienes acudan presentando daños físicos o psicológicos producidos por acto de violencia intrafamiliar.

SEGUNDO: La Dirección de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, a través del Modelo de Atención, elaborará planes integrales para la prevención de la misma, regulará conducirá y velará por la eficiencia y calidad global de dicha atención, así como divulgación y difusión del problema, y de esa manera impulsar las disminución de los índices de violencia que afectan significativamente la salud de la familia.

TERCERO: El Ministerio de Salud promoverá en conjunto con la Sociedad Civil una instancia de coordinación intersectorial para implementar acciones y contribuir a la solución del problema.

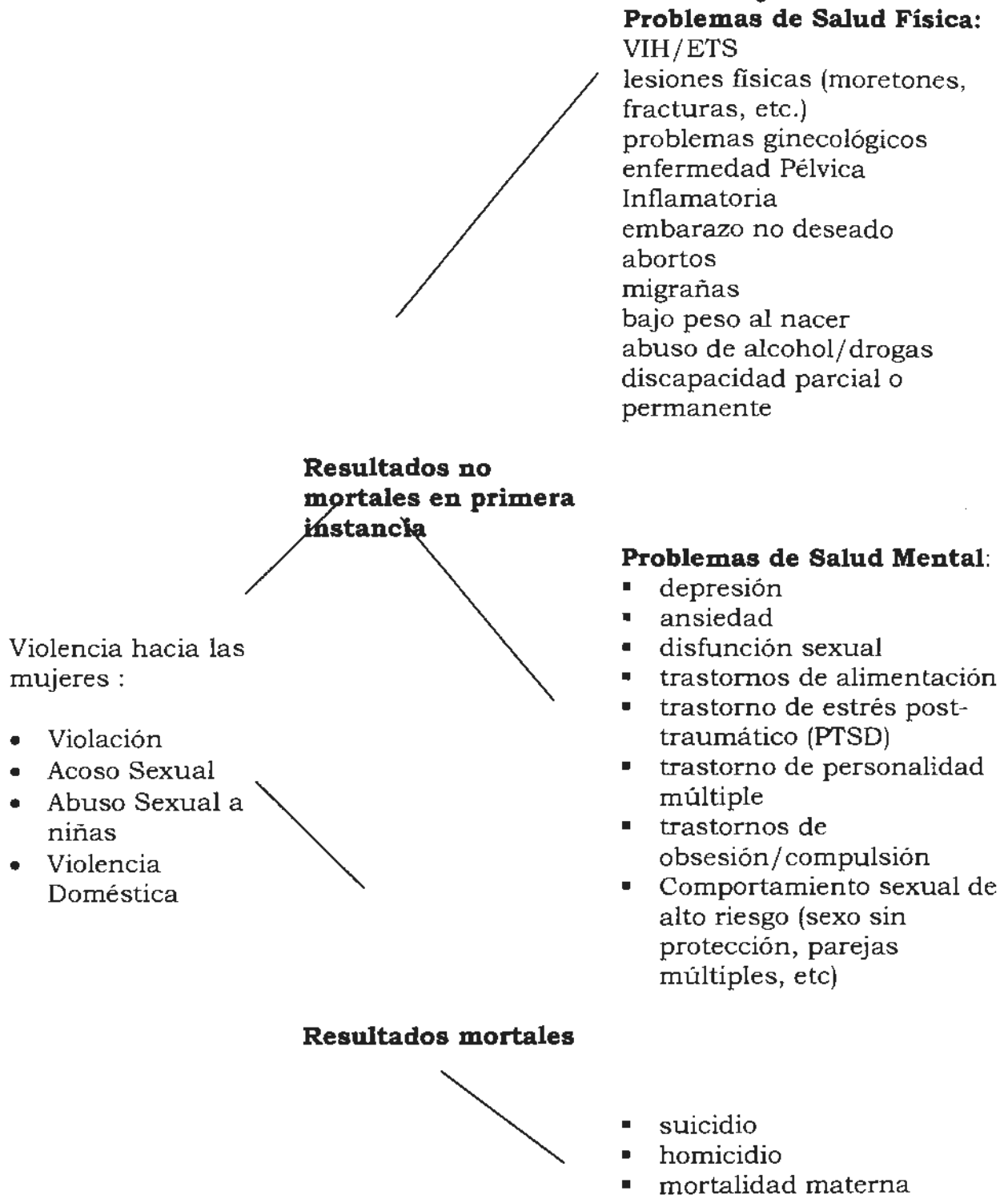
ANEXO No.2

Un Modelo Ecológico para entender la Violencia de Género
(adaptado de Heise, 1998)



ANEXO No.3

Las Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres



Adaptado de : ¿ Cómo atender a las mujeres que viven situaciones de violencia doméstica ? : Orientaciones básicas para el personal de salud. Red de Mujeres contra la Violencia – UNAN León .Nicaragua .1998.

ANEXO 4
MATRIZ 1: DESCRIPTORES
OBJETIVOS ESPECIFICOS

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD	PERCEPCIONES POBLACION	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES
Percepción	VIF es un grave problema de salud El MINSA debe actuar	VIF es un grave problema en su comunidad El personal de salud puede ayudar ante la VIF Principales víctimas Causas Prevenible	Principales víctimas en su comunidad Causas VIF Evitable
Conocimiento	Conoce que es la VIF Conoce como afecta la salud Identifica tipos de VIF	Conoce que es la VIF Identifica tipos de VIF	Que es la VIF
Actitud	Aborda ante sospecha VIF	Sabe donde ir a buscar ayuda. Por qué elige ese lugar	Como se evita VIF
Práctica	Qué hace ante una víctima de VIF Registra Referencias Políticas institucionales	Ha buscado ayuda en el MINSA para víctimas de VIF Como fue la atención	Tipo de servicios Demanda recibida Referencias Coordinaciones
Capacitación	Se capacitó en VIF Temas Quien Materiales didácticos Reprodujo información		Se capacito el personal en VIF Temas Quien impartió Materiales didácticos
Información		Se informó en VIF Temas Quien le informó Materiales apoyo	
Prevalencia		Vive o ha vivido VIF Tipo de VIF Necesita ayuda	
Propuestas	Necesidades Capacitación Mejorar Atención		Necesidades capacitación Mejorar atención comunidad

ANEXO No.5

ANEXO 5

MATRIZ 2 : RECOGIDA DE INFORMACION (A)

Objetivo 1 : Caracterizar las respuestas del personal de salud ante la Violencia Intrafamiliar.

COMPONENTES	FUENTE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Percepción	Personal de salud S. Marcos	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.
Conocimiento	Personal de salud S. Marcos Autoridades Municipales S. Marcos, SILAIS, Escuela Enfermería Jinotepe y Managua	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.
Actitud	Personal de salud S. Marcos	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.
Prácticas	Personal de salud S. Marcos Autoridades Municipales S. Marcos, SILAIS, Escuela Enfermería Jinotepe y Managua	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.
Capacitación	Personal de salud S. Marcos Autoridades Municipales S. Marcos, SILAIS, Escuela Enfermería Jinotepe y Managua	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.
Propuestas	Personal de salud S. Marcos Autoridades Municipales S. Marcos, SILAIS, Escuela Enfermería Jinotepe y Managua	Entrevistas Semi estructuradas	Guía de entrevista personal salud Guía de entrevista personas clave.

MATRIZ 2 : RECOGIDA DE INFORMACION (B)

Objetivo 2 : Identificar las percepciones acerca de la VIF en la población de San Marcos .

COMPONENTES	FUENTE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Percepción	Población de S. Marcos Actores sociales claves	Encuesta percepción Entrevista semi estructurada	Guía de encuesta de percepción población Guía entrevista actores
Conocimientos	Población San Marcos	Encuesta percepción	Guía de encuesta de percepción población Guía entrevista actores
Actitudes	Población San Marcos Actores sociales claves	Encuesta percepción Entrevista semi estructurada	Guía de encuesta de percepción población Guía entrevista actores
Prácticas	Población San Marcos Actores sociales claves	Encuesta percepción Entrevista semi estructurada	Guía de encuesta de percepción población Guía entrevista actores
Información	Población de S. Marcos	Encuesta percepción	Guía de encuesta de percepción población
Prevalencia	Población de S. Marcos	Encuesta percepción	Guía de encuesta de percepción población

MATRIZ 2 : RECOGIDA DE INFORMACION (C)

Objetivo 3: Conocer las respuestas ante la VIF de las y los actores sociales que están involucrados en está temática.

COMPONENTES	FUENTE INFORMACION	TECNICA	INSTRUMENTO
Percepción	Actoras sociales	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista Actores sociales clave
Conocimiento	Actoras sociales	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista Actores sociales clave
Actitud	Actoras sociales	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista Actores sociales clave
Práctica	Actoras sociales Población S. Marcos	Entrevista semi Estructurada Encuesta de percepción	Guía de entrevista Actores sociales clave Guía encuesta percepción
Capacitación	Actoras sociales	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista Actores sociales clave
Propuestas	Actoras sociales	Entrevista semi estructurada	Guía de entrevista Actores sociales clave

ANEXO No.6

MATRIZ No.3
ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTE	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIÓN POBLACIÓN (2)	RESPUESTAS ACTORES SOCIALES (3)
<p>PERCEPCIÓN Gravedad</p> <p>papel político del MINSA</p>	<p>100 % consideraron que la Violencia Intrafamiliar es un grave problema de salud pública y que el MINSA debería actuar .</p> <p>Las motivaciones de la gravedad fueron en orden descendente : por las consecuencias que la VIF ocasiona en la salud de las mujeres y la niñez, por la desestabilización que la VIF provoca en la sociedad y en las familias ; por la cantidad de personas viviendo VIF que se conocen y por que es una epidemia silenciada y no denunciada.</p> <p>Identificaron con claridad las propias barreras para la detección de la VIF en las unidades de salud , las barreras de las usuarias para pedir ayuda y las barreras institucionales para atender a las víctimas de VIF.</p> <p>Una de las barreras claves fue la falta de personal capacitado en el abordaje de la VIF, lo que conllevaba a la persistencia de mitos como el de creer que la VIF es un problema privado y no público</p> <p>El principal motivo por el que las mujeres no cuentan que están viviendo VIF es por el miedo al agresor en sus diversas variaciones.</p> <p>En un porcentaje pequeño por parte de las mujeres no médicas reconocieron que la propia vivencia de VIF en el personal de salud es una barrera para la identificación de VIF en las unidades de salud.</p>	<p>Mujeres entrevistadas: Consideran que la VIF está: Dirigida a mujeres adultas Dirigida a niñez Daño sexual o violación</p> <p>Identifican efectos en la salud: Maltrato físico (golpe, herida) Daño a la salud psicológica</p> <p>Consideraron que en su barrio hay muchas personas víctimas de VIF.</p> <p>Personal de salud podría apoyar a personas víctimas de VIF .</p> <p>Un número menor consideran que el personal de salud no puede ayudar</p> <p>Hombres entrevistados: VIF está dirigida: Mujeres y niñez</p> <p>Efecto en la salud: Herida con arma y muerte Provoca enfermedades</p> <p>En su barrio identifican a mujeres víctimas de VIF</p> <p>El personal de salud puede ayudar a personas afectadas.</p> <p>No consideran al personal apto para atender a personas afectadas por VIF</p>	<p>En el 100 % opinaron que las mujeres son las principales víctimas de la VIF y visualizaron con gran relevancia a las niñas y los niños como víctimas directas o como testigos de la violencia intrafamiliar y que además la VIF repercutía en toda la familia.</p>

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

Cont...

ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIONES POBLACION (2)	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES (3)
<p>CONOCIMIENTO</p> <p>Que es</p> <p>Efectos salud</p> <p>Tipos</p> <p>Causas</p>	<p>Reconocen la VIF principalmente como violencia física, en algunas ocasiones asociada a violencia emocional .</p> <p>La violencia sexual no fue reconocida por los hombres del personal de salud .</p> <p>En varias de las respuestas incluyeron más de una forma de VIF</p> <p>Un pequeño porcentaje habló de la violencia económica como parte de la VIF.</p> <p>Victimas :</p> <p>Las víctimas son mujeres , la niñez y toda la familia</p>	<p>La consideró, en primer lugar, igual a violencia física; en segundo lugar como violencia emocional; y en tercero como violencia sexual.</p>	<p>VIF ligada a violencia física, emocional y sexual</p> <p>La VIF de tipo económico no fue tan reconocida.</p> <p>Victimas</p> <p>En su totalidad identificaron a las mujeres como principales víctimas</p> <p>Niños y niñas también sufren VIF</p> <p>La VIF ocasiona efectos en toda la familia</p> <p>Causas :</p> <p>Persisten mitos y poca claridad en las causas fundamentales de la VIF.</p> <p>No se reconocen factores de riesgo de la misma</p>

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIONES POBLACION (2)	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES (3)
ACTITUD Sospecha	<p>Ante la sospecha de personas viviendo VIF que llegan a las consultas , en un 21 % no preguntaban que les estaba pasando, este hecho se agrava cuando estamos hablando de hombres del personal de salud.</p> <p>El personal de salud demostró sensibilidad y compromiso ante la VIF como problema de salud proponiendo diversas estrategias y que corresponden a diversos actores sociales</p>	<p>Las respuestas acerca de la posibilidad que la VIF se puede evitar fueron bastante altas.</p> <p>Entre las formas de solución frente a la VIF consideran que la buena comunicación, la capacitación y la generación de empleo pueden ayudar a evitarla VIF.</p>	<p>Positiva frente a posibilidad de evitarla. Con educación y capacitación. Apoyo de las leyes. Divulgación masiva.</p> <p>Se considera producto de alcohol, drogas y desempleo. Puede evitarse Educando a la población. Divulgando el problema de la VIF.</p>

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIONES POBLACION (2)	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES (3)
<p>CAPACITACIÓN</p> <p>Temas</p> <p>Quien impartió</p> <p>Reproducción información</p> <p>Materiales didácticos</p>	<p>Solamente el 41 % del personal de salud fue capacitado en algunos temas de la VIF, y no respondía a ningún Plan</p> <p>Se priorizó a los hombres más que a las mujeres .</p> <p>Las capacitaciones fueron recibidas principalmente del MINSA, y un pequeño % Casa de la Mujer</p> <p>Se reprodujo mayoritariamente la Información recibida a la comunidad</p> <p>Contaron con material educativo de apoyo sobre VIF , fundamentalmente de la sociedad civil.</p>		<p>Capacitación sobre Ley 230 solamente. Falta capacitación a la mayoría del personal de sus organismos</p> <p>La Casa de la Mujer ha sido la principal agente de capacitación. La capacitación es indispensable para dar respuestas eficientes.</p> <p>No lo han reproducido.</p> <p>El poco material que han recibido ha sido de la Red de Mujeres y de Casa de la Mujer.</p>

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

Cont...

ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIONES POBLACION (2)	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES (3)
<p>PREVALENCIA Vive o vivió VIF</p> <p>Tipo VIF</p> <p>Ayuda</p>		<p>La prevalencia en las mujeres entrevistadas presenta el mayor número de afectadas en violencia emocional; en segundo lugar la física; y en tercero la sexual.</p> <p>La prevalencia en los hombres es en mayor número emocional y en segundo lugar física.</p> <p>La mayor parte de los que reconocieron estar sufriendo VIF no solicitan ayuda.</p>	

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

ANALISIS DE RESULTADOS .SAN MARCOS.NICARAGUA 1999

COMPONENTES	RESPUESTAS PERSONAL SALUD (1)	PERCEPCIONES POBLACION (2)	RESPUESTAS ACTORAS SOCIALES (3)
<p>PROPUESTAS</p> <p>Capacitación</p> <p>Atención</p> <p>Coordinación</p> <p>Referencias</p>	<p>Las propuestas por orden de importancia fueron :</p> <p>La capacitación del personal de salud fue la propuesta mayoritaria en casi la mitad del personal</p> <p>La elaboración de un Protocolo de atención desde las autoridades del MINSA Central con las normas, protocolos, sistema de registro, seguimiento y evaluación.</p> <p>La coordinación intersectorial reconociendo que el MINSA no tiene todas las soluciones a esta temática.</p> <p>El contar con material educativo de apoyo para el propio personal y para distribuir en las comunidades.</p> <p>La educación masiva a la población sobre estos temas para visibilizar las implicaciones que la VIF tiene en la salud de la población.</p> <p>La adecuación de los locales del MINSA para garantizar la privacidad de la detección y atención.</p>		<p>Proceder a la implementación de Leyes que den respuesta al problema VIF.</p> <p>Realizar educación a la población y a las instituciones con seminarios.</p> <p>Realizar Capacitación. Preparar al personal con material educativo. Desarrollar "Escuelas para Padres y Madres". Lucha contra el desempleo. Campañas contra el alcohol y las drogas.</p> <p>Establecer coordinaciones interinstitucionales. Buscar financiamiento para Proyectos que apoye coordinaciones.</p>

Fuente (1) Encuestas a Personal de Salud (2) Sondeo Percepción a Población (3) Entrevistas a Actores Sociales

ANEXO No.7

TALLER DE CAPACITACION A ENCUESTADORAS

RECOMENDACIONES GENERALES ANTES DE REALIZAR LAS ENCUESTAS A LA POBLACION

PREMISA PREVIA

Las personas que vamos a entrevistar pueden estar viviendo o ejerciendo violencia intrafamiliar o nosotras mismas estarla viviendo o ejerciéndola con algún miembro de nuestra familia.

Por lo tanto es importante saber que al preguntar a la persona entrevistada acerca de la VIF, o ella o nosotras mismas nos podemos descompensar; debemos estar preparadas y conocerlo para así poder enfrentarlo en mejores condiciones y saber si podemos o no realizarlo sin que nos dañe.

DEBEMOS GARANTIZAR:

- La voluntad de la persona a responder a nuestras preguntas.
- Estar a solas con la persona entrevistada para darle confianza y seguridad para hablar, en el caso de los hombres también hay que garantizarlo, pero sin estar aisladas.
- Escuchar con atención a la persona que nos habla .
- No juzgar su situación o dar juicios de valor acerca de la misma (ejemplo ...yo en su caso haría...)
- Darle algo a cambio:

Escucharla atentamente

Entregarle el folleto de Ana Cristina y el tríptico informativo de la Red de Mujeres contra la Violencia y orientarla a dónde puede ir, si lo necesita.

Agradecerle sus opiniones y su confianza a hablar de ella misma.

ANEXO No. 8

TABLA 1
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD : VIF COMO PROBLEMA DE SALUD Y EL PAPEL DEL MINSA.
SAN MARCOS. NICARAGUA. 1999

VIF- GRAVE PROBLEMA DE SALUD	Personal Salud		Personal salud mujeres		Personal salud hombres		Personal salud medico		Personal salud No medico	
	29		21		8		5		24	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
La VIF es un grave problema de salud pública	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100
El MINSA debería actuar ante este problema	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100
Por qué la VIF es un grave problema de salud										
Efectos en la salud de las mujeres y la niñez	19	65,5	13	61,9	6	75	1	20	18	75
Desestabiliza a la sociedad a las familias	12	41,3	8	38	4	50	3	60	9	37,5
Prevalencia de la misma	5	17,2	3	14,3	2	25	-	-	5	20,8
Enfermedad silenciosa que no se denuncia	1	3,4	1	4,8	-	-	1	20	-	-

Fuente : Encuestas a personal de salud de San Marcos.

GRAFICO No.1
PERCEPCION PERSONAL SALUD VIF COMO GRAVE PROBLEMA DE SALUD
Y EL PAPEL DEL MINSA. SAN MARCOS. NICARAGUA. 1999

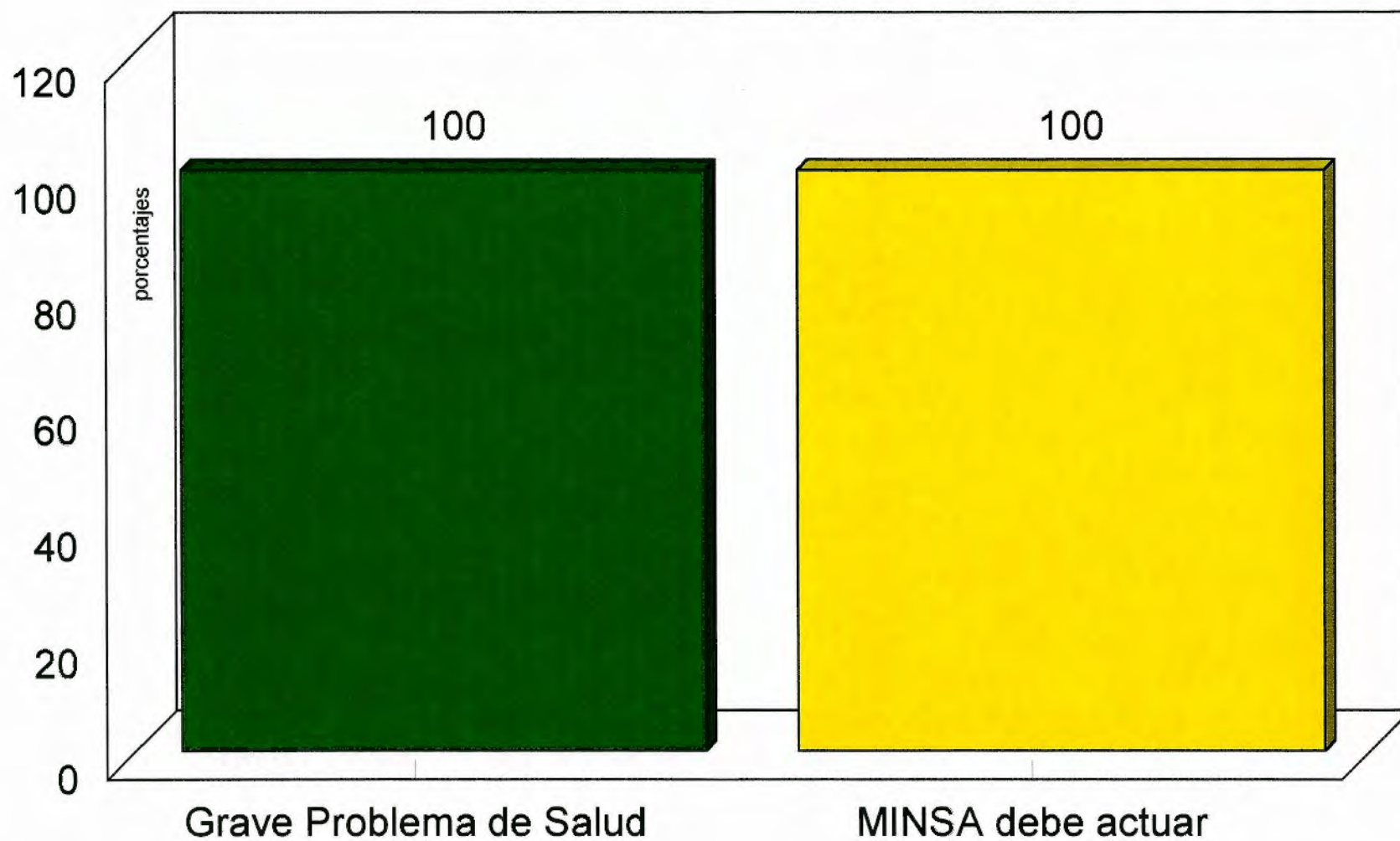
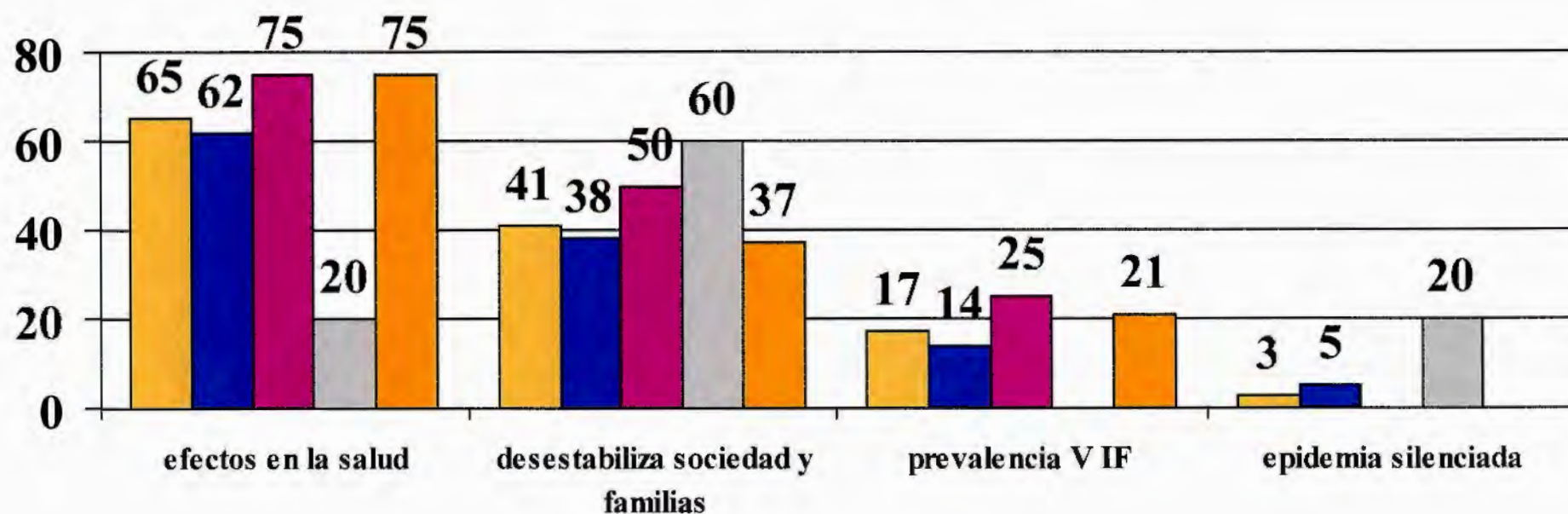


Gráfico 2. Percepción Personal de salud : Por qué la VIF es un grave problema de salud

San Marcos. Nicaragua. 1999.



Fuente: Encuestas a Personal de Salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ médico ■ no médico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

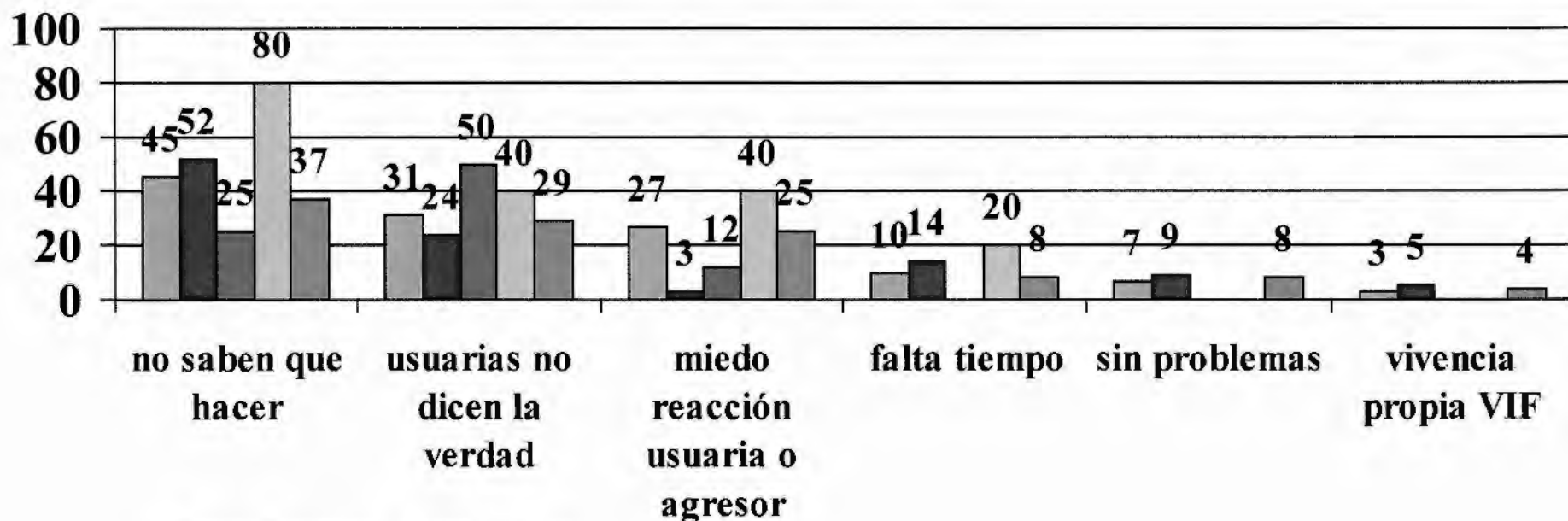
TABLA 2
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS BARRERAS PROPIAS PARA PREGUNTAR SOBRE VIF
A LAS USUARIAS. SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

POR QUE EL PERSONAL DE SALUD NO PREGUNTA SI LAS MUJERES, ADOLESCENTES Y NIÑEZ VIVEN VIF	Personal Salud		Personal salud mujeres		Personal salud hombres		Personal salud medico		Personal salud No medico	
	29		21		8		5		24	
	No.	%	No	%	No	%	No	%	No	%
No saben como hacerlo el abordaje , poca sensibilización, poco interés , se considera privado	13	44,8	11	52,3	2	25	4	80	9	37,5
Usuaris no responden la verdad, falta de confianza en el personal de salud y no consideran que el MINSA puede resolver	9	31	5	23,8	4	50	2	40	7	29
Miedo a como reaccionan las usuarias o el agresor	8	27,5	7	33,3	1	12,5	2	40	6	25
Falta de tiempo para atender estas demandas	3	10,3	3	14,2	-	-	1	20	2	8,3
Sin dificultades para preguntar	2	6,89	2	9,5	-	-	-	-	2	8,3
Por la propia vivencia del personal de salud de situaciones de VIF	1	3,4	1	4,7	-	-	-	-	1	4,1

Fuente : Encuestas a personal de salud de San Marcos.

Gráfico 3. Percepción Personal de salud : Barreras propias para detectar VIF

San Marcos.Nicaragua.1999.

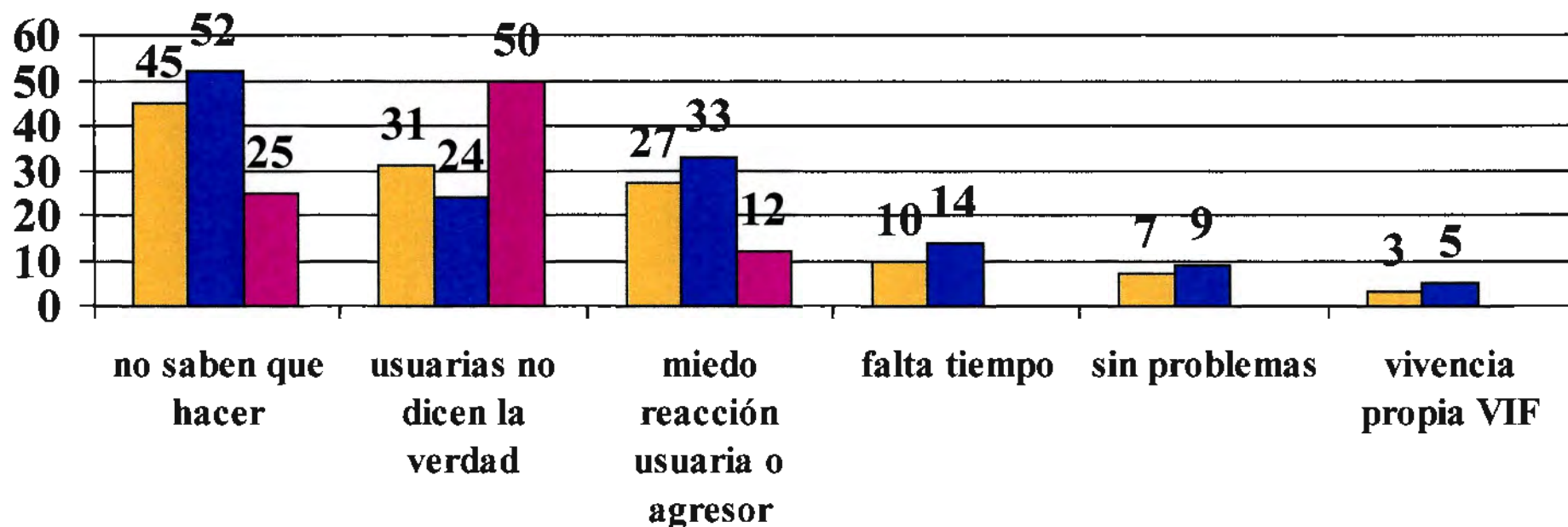


Fuente: Encuestas Personal de Salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ medico ■ no medico

Gráfico 4. Percepción Personal de salud-sexo : Barreras propias para detectar VIF

San Marcos.Nicaragua.1999.



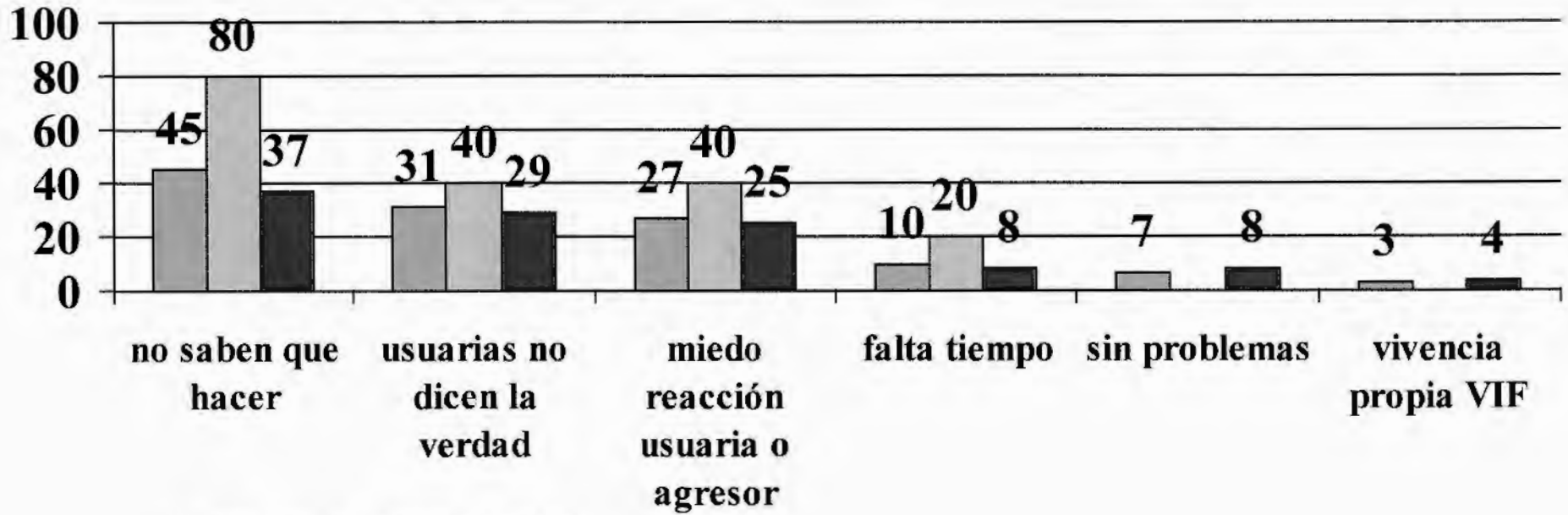
Fuente: Encuestas Personal de Salud

■ general ■ mujeres ■ hombres

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

Gráfico 5. Percepción Personal de salud-profesión : Barreras propias para detectar VIF

San Marcos.Nicaragua.1999.



Fuente: Encuestas Personal de Salud

■ general ■ médico ■ no médico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

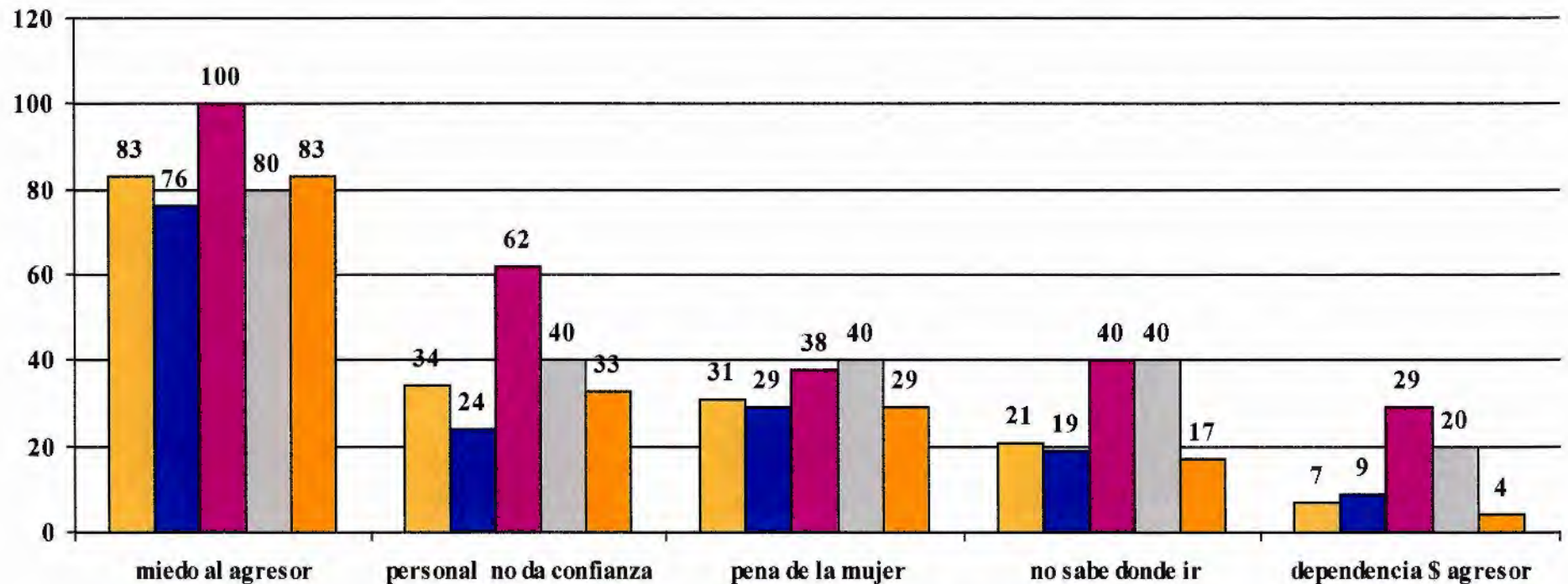
TABLA 3
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD DE LAS BARRERAS DE LAS USUARIAS VICTIMAS DE VIF
PARA HABLAR EN LA CONSULTA. SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

POR QUE LAS USUARIAS VIVIENDO VIF NO HABLAN DE SU PROBLEMA CON EL PERSONAL DE SALUD	Personal Salud		Personal salud mujeres		Personal salud hombres		Personal salud medico		Personal salud No medico 24	
	29		21		8		5			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Miedo : al agresor, a más daño, a repercusiones en los hijos e hijas; abandono del compañero, amenazas de muerte, amenazas de quitarle los hijos e hijas	24	82,7	16	76,2	8	100	4	80	20	83,3
Personal de salud: no inspira confianza, no sabe como hacerlo, piensa que es un problema privado	10	34,4	5	23,8	5	62,5	2	40	8	33,3
Pena, temor al que dirán	9	31	6	28,5	3	37,5	2	40	7	29,2
No saben : donde ir a pedir ayuda , no se reconocen como personas viviendo VIF.	6	20,7	4	19	2	25	2	40	4	16,6
Dependencia económica del agresor	2	6,89	2	9,5	-	-	1	20	1	4,2

Fuente : Encuestas a personal de salud de San Marcos

Gráfico 6. Percepción Personal de salud : Barreras de las usuarias para hablar de VIF

San Marcos.Nicaragua 1999.



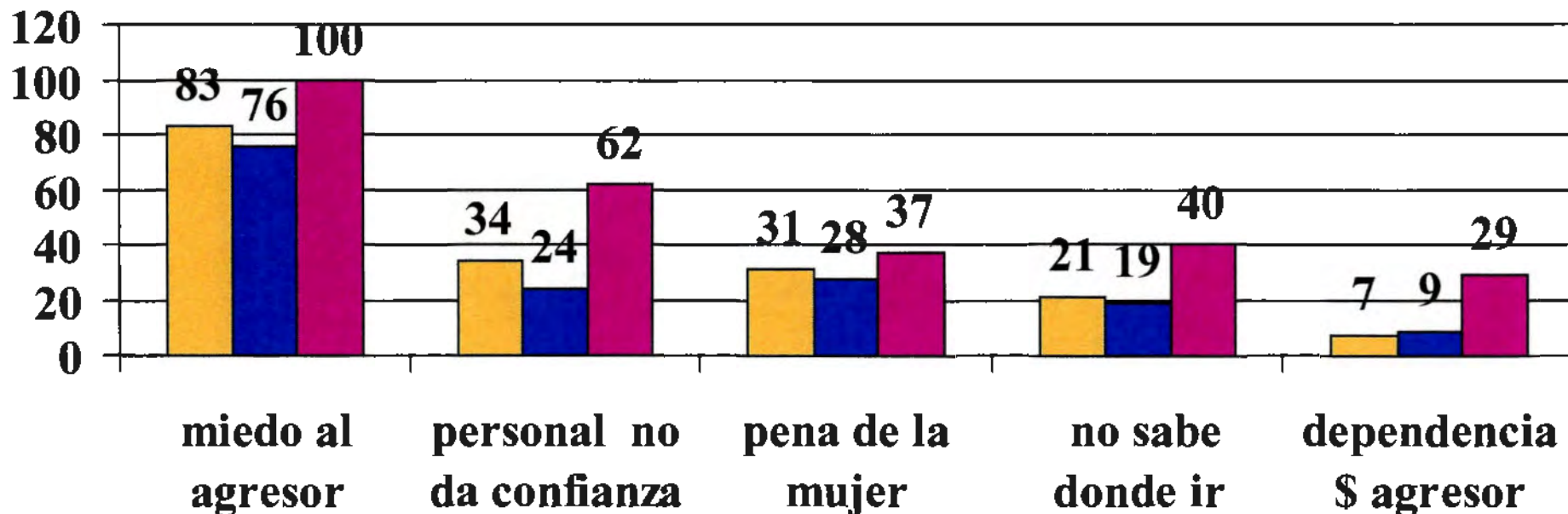
Fuente: Encuestas a Personal de Salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ medico ■ no medico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

Gráfico 7 Percepción Personal de salud/sexo : Barreras de las usuarias para hablar de VIF

San Marcos.Nicaragua.1999.



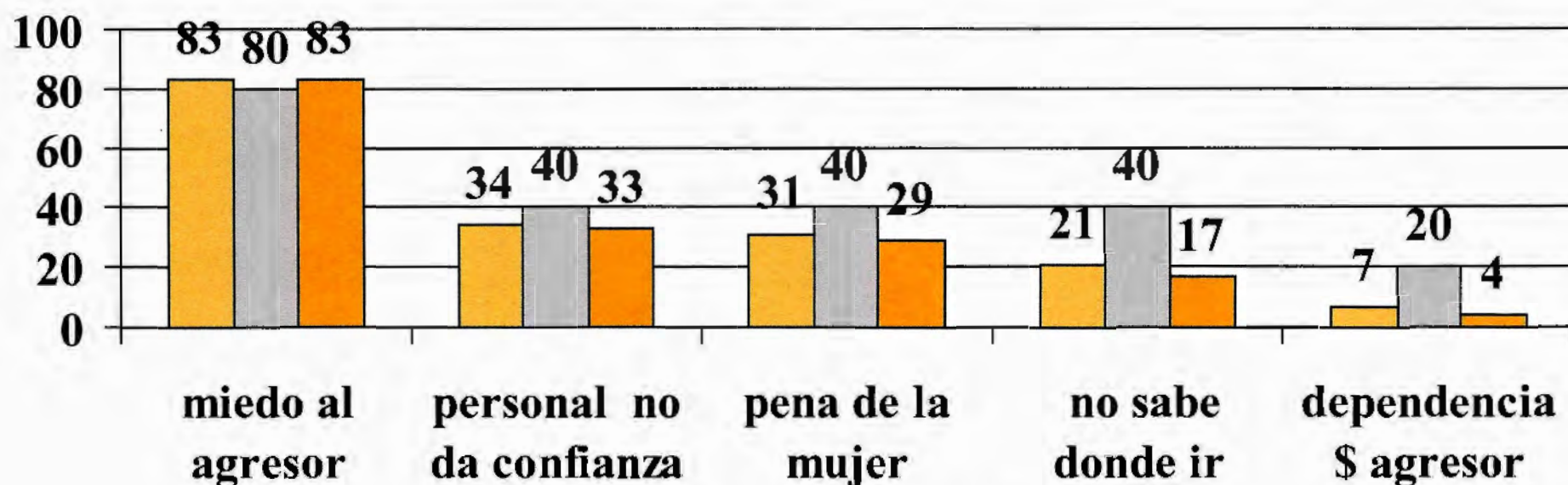
Fuente: Encuestas a Personal de Salud



Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

Gráfico 8 :Percepción Personal de salud- profesión : Barreras de las usuarias para hablar de VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas a Personal de Salud

■ general ■ médico ■ no médico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

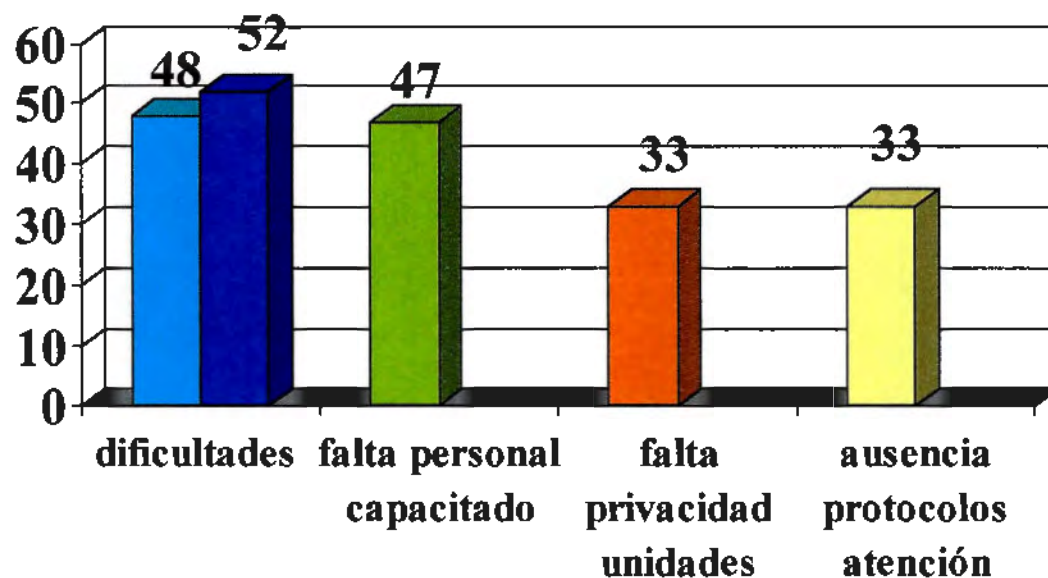
TABLA 4
PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD : BARRERAS INSTITUCIONALES PARA DETECTAR VIF EN
LAS UNIDADES DE SALUD. SAN MARCOS. NICARAGUA. 1999

DIFICULTADES INSTITUCIONALES PARA LA DETECCION DE PERSONAS VIVIENDO VIF EN LAS UNIDADES DE SALUD	Personal Salud 29	
	No	%
SIN DIFICULTADES PARA LA ATENCION	14	48
CON DIFICULTADES PARA LA ATENCION	15	52
MOTIVACIONES DE LAS DIFICULTADES	15	
FALTA DE PERSONAL CAPACITADO EN LAS UNIDADES DE SALUD	7	47
FALTA DE PRIVACIDAD EN LAS UNIDADES DE SALUD	5	33
AUSENCIA DE PROTOCOLOS DE ATENCION	3	33

Fuente : Encuestas a personal de salud

Gráfico 9. Percepción personal barreras institucionales para detectar VIF unidades salud

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

■ SIN ■ CON

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

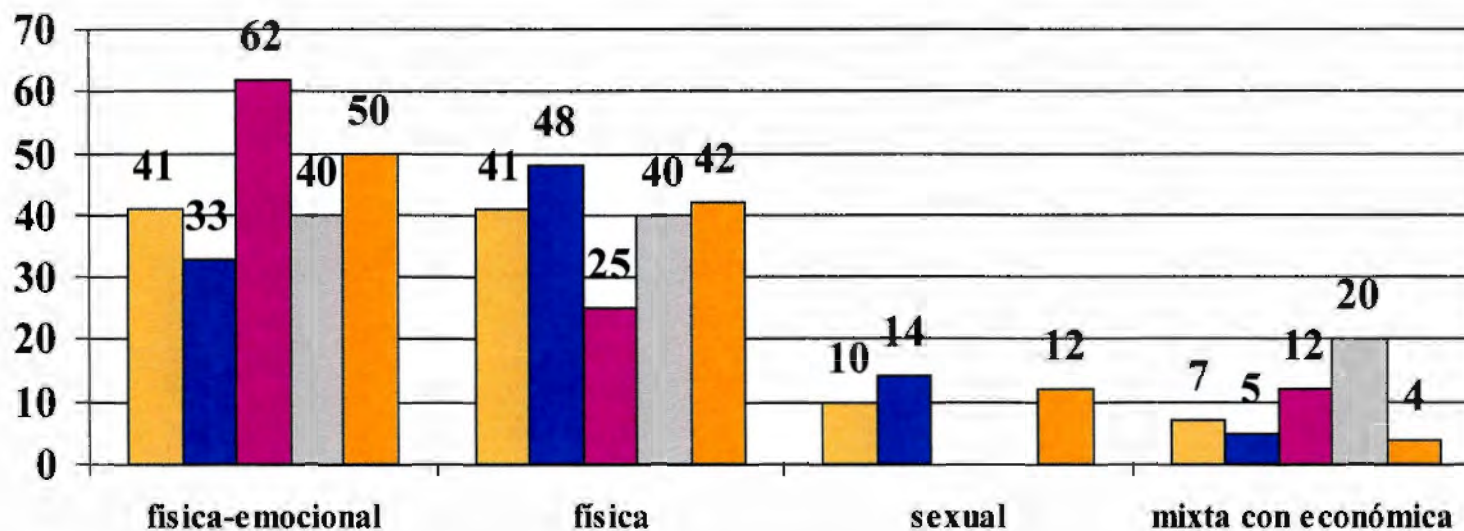
TABLA 5.
CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE SALUD QUE ES LA VIF . VICTIMAS de la VIF
San Marcos. NICARAGUA. 1999

QUÉ ES LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	Personal de salud		Personal salud Mujeres		Personal de salud hombres		Personal salud médico		Personal salud No médico	
	%		%		%		%		%	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
	29		21		8		5		24	
Violencia intrafamiliar asociada a lesiones físicas y emocionales	12	41	7	33	5	62	2	40	12	50
Violencia intrafamiliar es violencia física	12	41	10	48	2	25	2	40	10	42
Violencia intrafamiliar es violencia sexual	3	10	3	14					3	12
Violencia intrafamiliar es violencia física, psicológica, sexual y económica	2	7	1	5	1	12	1	20	1	4
VÍCTIMAS de la VIF										
Mujeres, niñas y niños	17	57	11	52	6	75	5	100	58	14
Toda la familia, ancianos.	12	43	10	48	2	25		-	42	10

Fuente: Encuestas a Personal de Salud

Gráfico 10. Conocimientos del personal salud: qué es la VIF

San Marcos. Nicaragua.1999

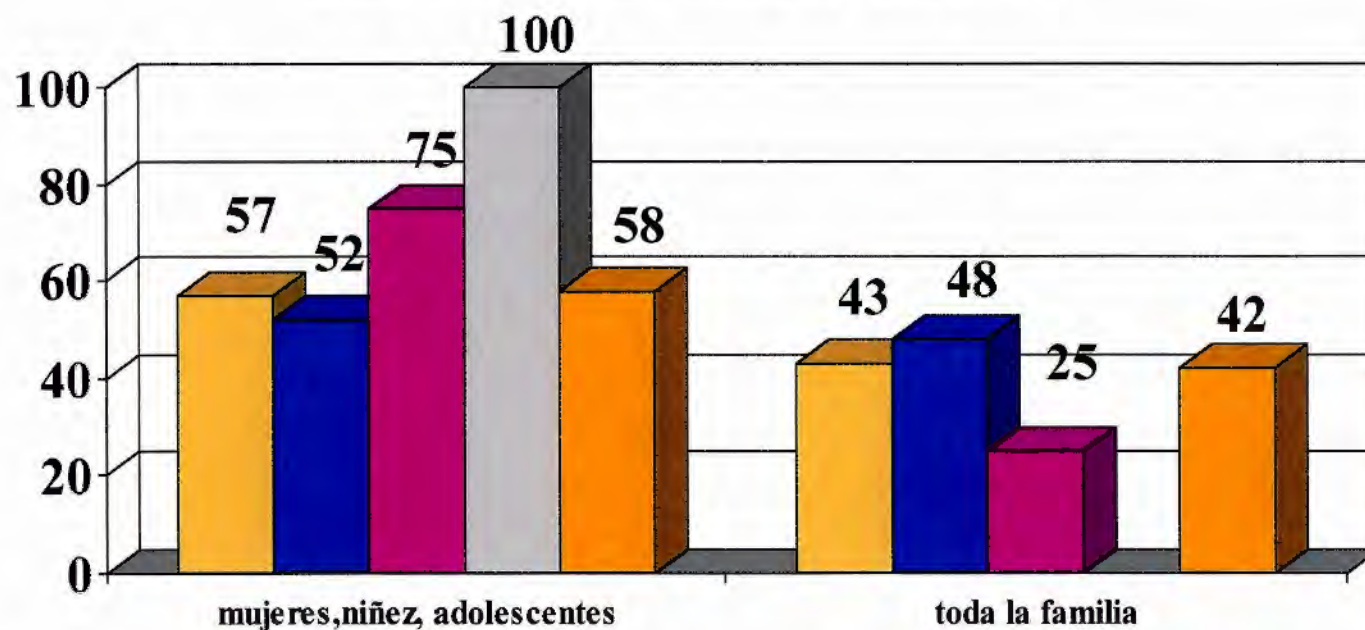


Fuente: Encuestas Personal de salud

■ general
 ■ mujeres
 ■ hombres
 ■ médico
 ■ no médico

Gráfico 11. Conocimientos del personal salud: acerca de las víctimas VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ médico ■ no médico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

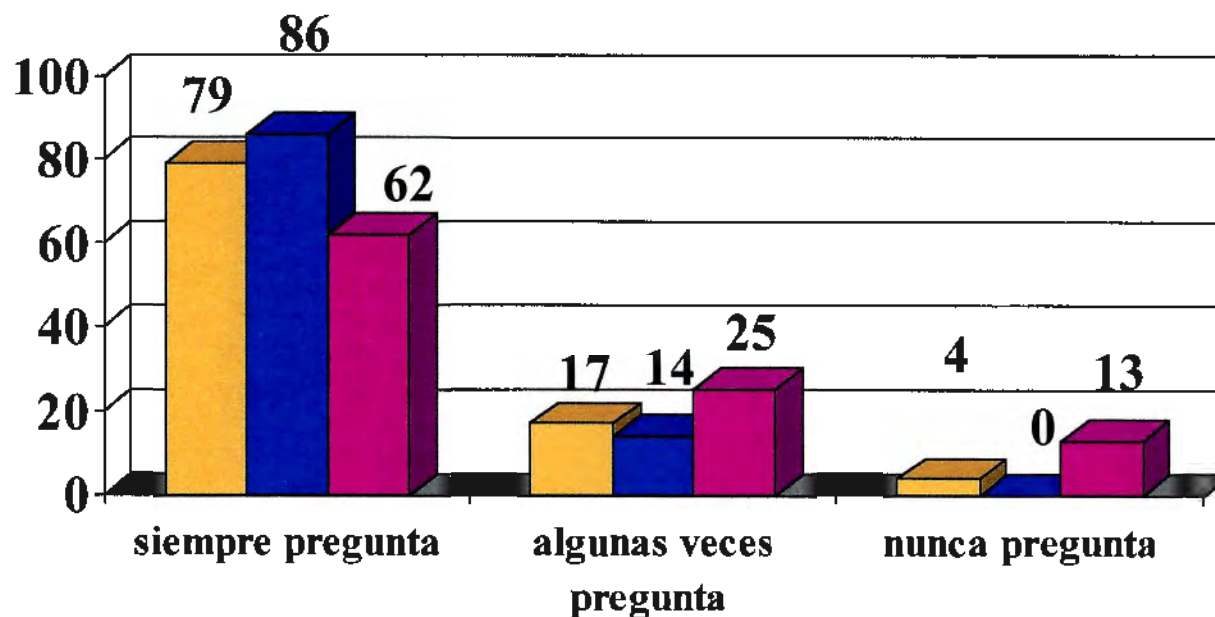
TABLA NO. 6.
ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD POR SEXO ANTE USUARIAS CON SOSPECHA DE VIVIR VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Que hace el personal de salud cuando sospecha VIF pregunta para comprobar	Personal Salud		Personal de salud mujeres		Personal salud hombres	
	29		21		8	
	No	%	No	%	No	%
SIEMPRE PREGUNTA	23	79	18	86	5	62
ALGUNAS VECES PREGUNTA	5	17	3	14	2	25
NUNCA PREGUNTA	1	4	-	0	1	13

Fuente : Encuestas a Personal de Salud. San Marcos

Gráfico 12. Actitud personal salud ante usuarias con sospecha de vivir VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

general mujeres hombres

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

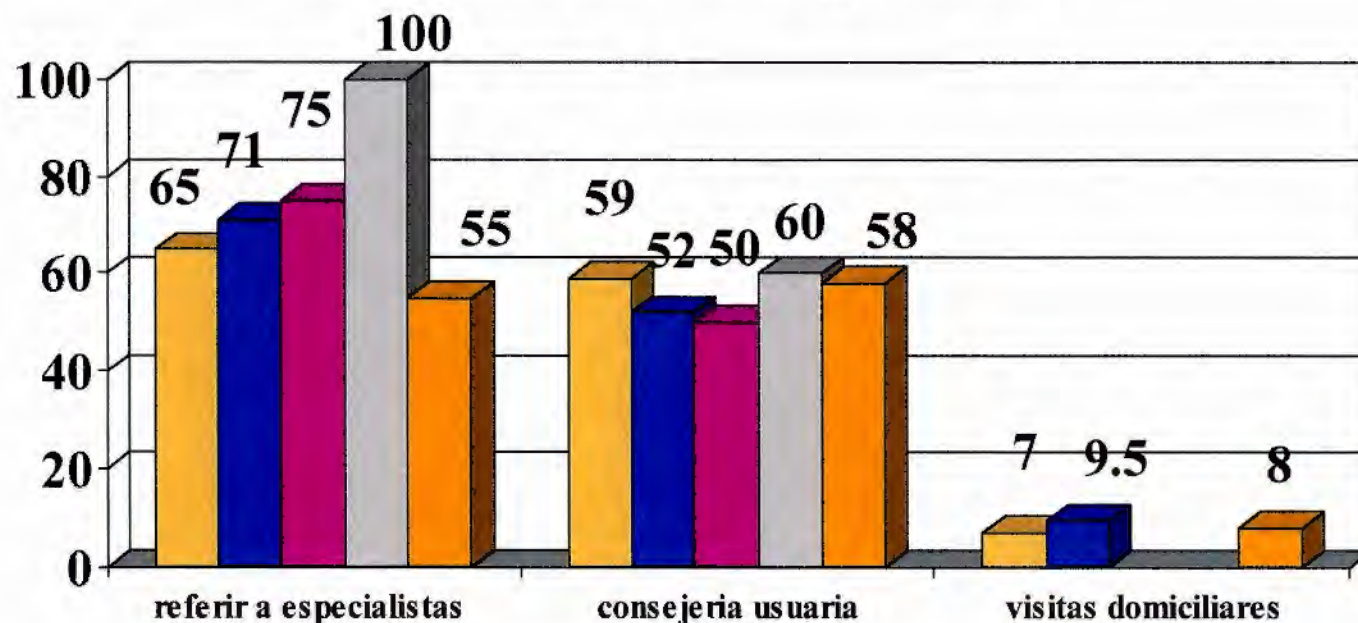
TABLA 7.
PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD CUANDO DETECTA PERSONAS VÍCTIMAS DE VIF
SAN MARCOS .NICARAGUA 1999

Que Hacen	Personal de Salud		Personal Salud Mujeres		Personal Salud Hombres		Personal Salud Médico		Perosnal Salud No médico	
	29		21		8		5		24	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Referencia a Especialistas: Internos o externos alMINSA	19	65	15	71	6	75	5	100	13	55
Consjería a la usuaria	17	59	11	52	2	50	5	100	14	58
Visitas docimiliares	2	7	2	10					2	8

Fuente: Encuesta a pesonal de salud San Marcos

Gráfico 13. Prácticas personal salud cuando detecta personas víctimas de VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ médico ■ no médico

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

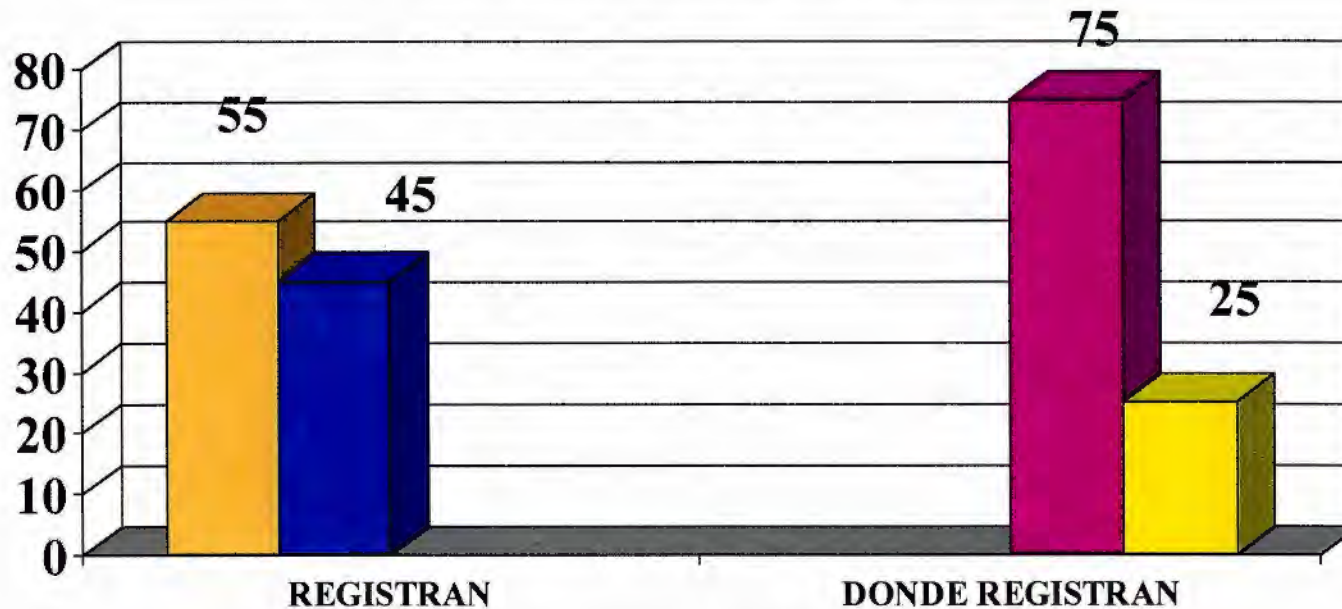
TABLA 8
PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD : REGISTRO DE LAS PERSONAS ATENDIDAS POR VIF
SAN MARCOS NICARAGUA.1999

REGISTRA LOS CASOS QUE ATIENDEN	29		COMO REGISTRA	16		REFERENCIAS DE LAS PERSONAS ATENDIDAS	29	
	No	%		N	%		N	%
SI	16	55	Historia clinica	12	75	Externas al MINSA	18	62
NO	13	45	Cuaderno atencion integral a la mujer	4	25	Casa de la Mujer de San Marcos	9	32
						Policia	5	17
						Mifamilia	4	13
						Equipo de sicosocial	11	38
						Centro salud San marcos		

Fuente: Encuestas a Personal de Salud San Marcos

Gráfico 14. Prácticas personal salud : Registro de las personas que atienden con VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

SI NO Expediente clínico Cuaderno Atención Integral Mujer

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

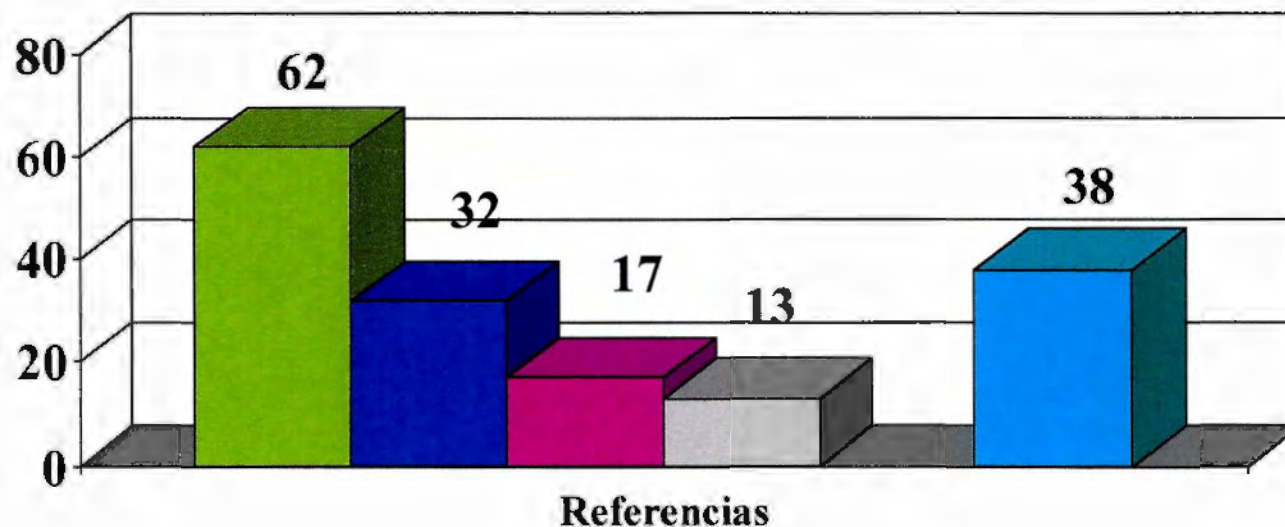
TABLA 9
CAPACITACIÓN A PERSONAL DE SALUD SOBRE VIF : DIAGNÓSTICO GENERAL .
SAN MARCOS. NICARAGUA .1999

CAPACITACIONES RECIBIDAS SOBRE VIF	29	
	No	%
SI	12	41
NO	17	59
IMPARTIDAS POR :		
Personal del MINSA	10	83
Casa de la Mujer de San Marcos	2	17
CAPACITACIONES REPRODUCIDAS		
SI	11	92
NO	1	8
IMPARTIDAS A :		
Comunidad	10	82
Personal del MINSA	2	18
MATERIALES EDUCATIVOS DE VIF RECIBIDOS		
SI	20	69
NO	9	31
DE QUIEN ERAN LOS MATERIALES RECIBIDOS		
SOCIEDAD CIVIL	20	70
MINSA	9	30

Fuente: Encuestas a Personal de Salud San Marcos

Gráfico 15. Prácticas del personal de salud : Donde refieren a las personas que viven VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



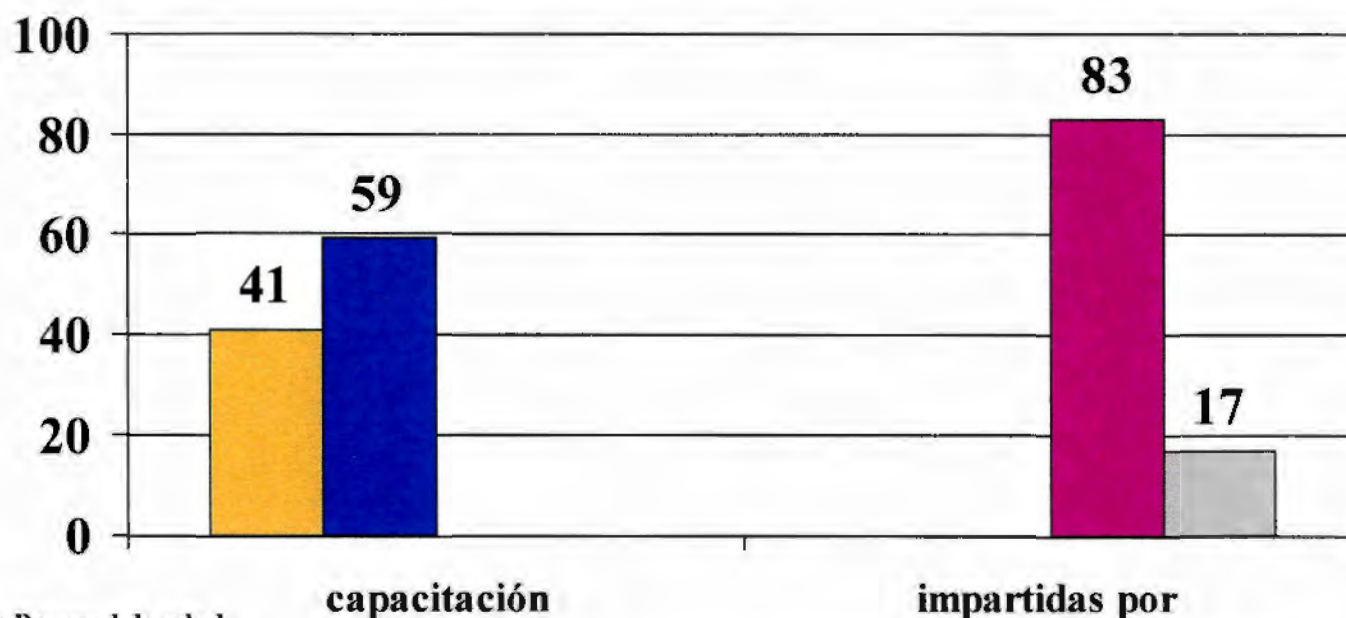
Fuente: Encuestas Personal de salud

■ externas MINSA	■ Casa de la Mujer	■ Policia
■ Mifamilia		■ MINSA equipo sicosocial

Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

Gráfico 16. Capacitación personal salud : prevalencia y actores de la capacitación en VIF

San Marcos. Nicaragua.1999

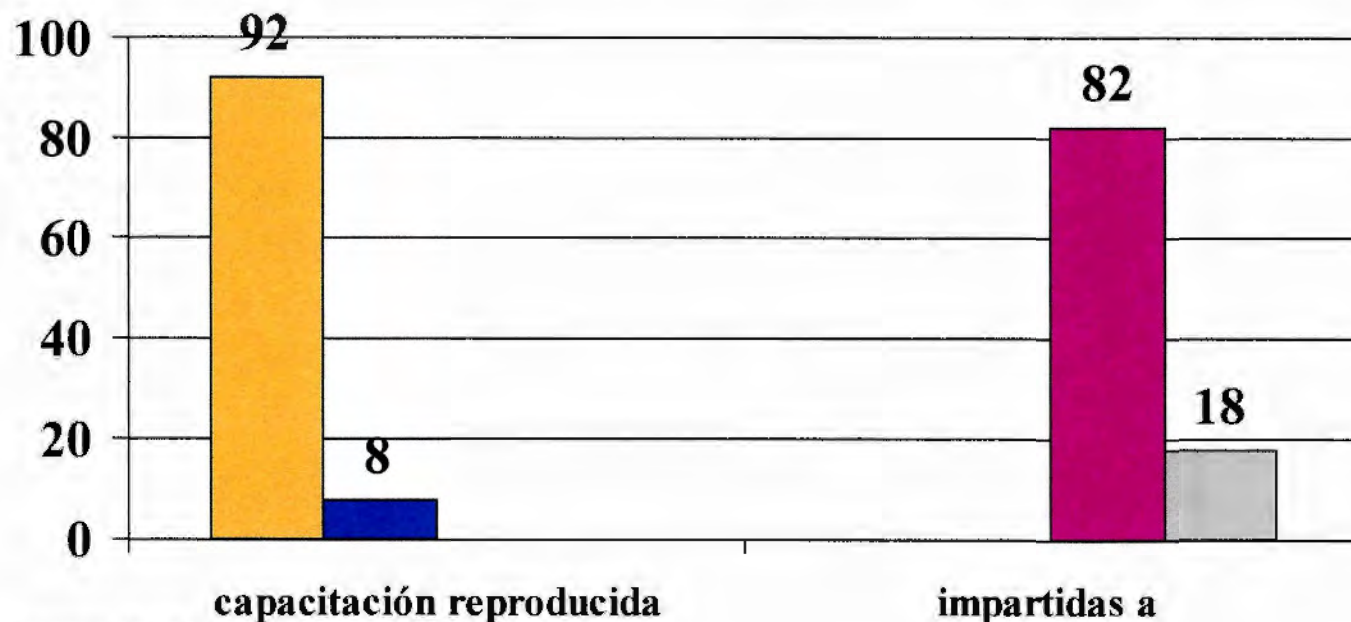


Fuente: Encuestas Personal de salud



Gráfico 17. Capacitación personal salud : reproducción capacitaciones recibidas VIF

San Marcos. Nicaragua.1999

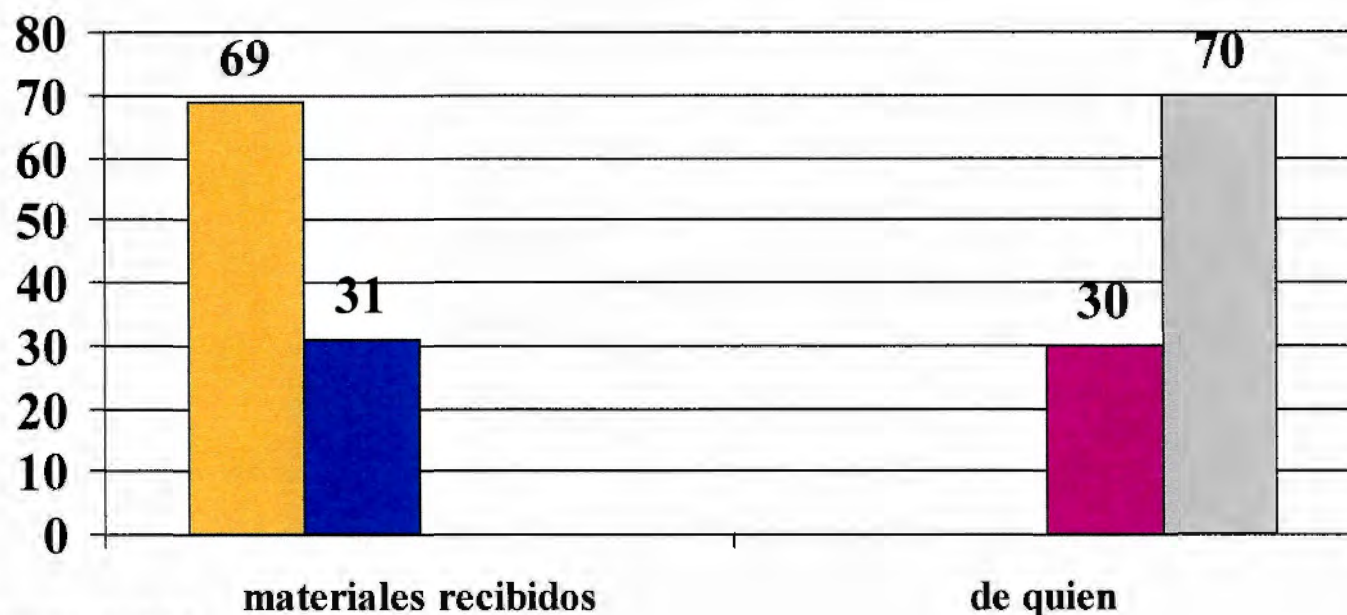


Fuente: Encuestas Personal de salud



Gráfico 18. Capacitación personal salud : materiales educativos recibidos sobre VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud



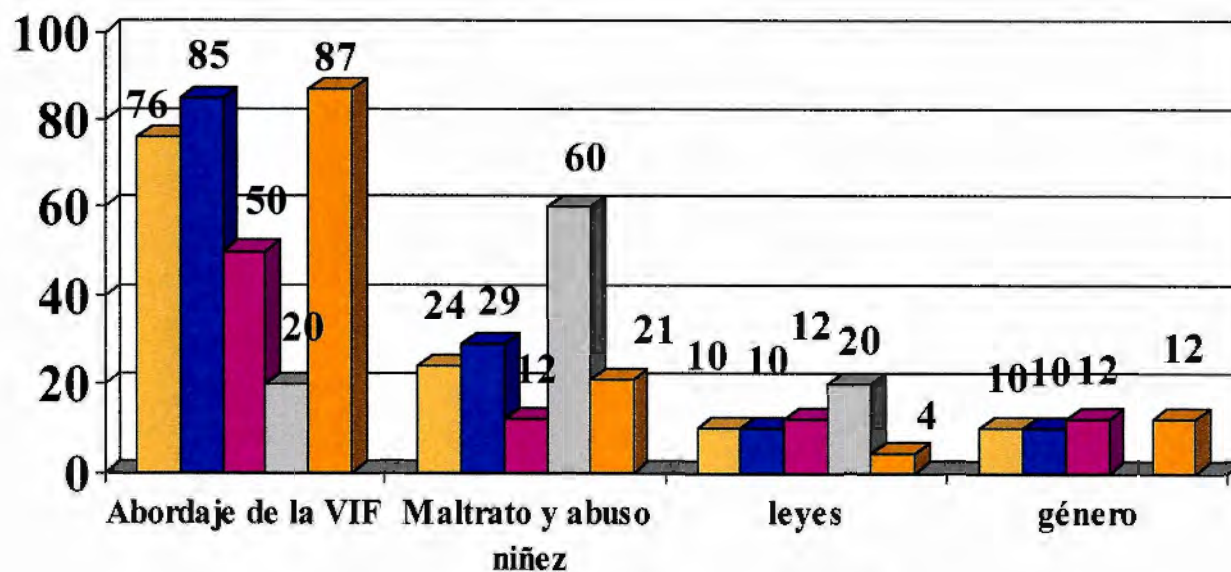
TABLA 10.
PROPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA TEMAS DE CAPACITACIÓN EN VIF
SAN MARCOS .NICARAGUA 1999

PROPUESTAS	Personal Salud		Personal Salud				Personal de Salud			
			Mujeres		Hombres		Médico		No Médico	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Abordaje de la Violencia Intrafamiliar : causas, efectos, tipos, prevalencia,...	22	76	18	86	4	50	1	20	21	87
Abuso Sexual y Maltrato a la Niñez	7	24	6	29	1	12	3	60	5	21
Leyes	3	10	2	9	1	13	1	20	1	4
Género y Relaciones Humanas	3	10	2	9	1	12	-	-	3	13

Fuente: Encuestas a Personal de Salud San Marcos

Gráfico 19. Propuestas del personal salud: Temas de capacitación sobre VIF

San Marcos. Nicaragua.1999



Fuente: Encuestas Personal de salud

■ general ■ mujeres ■ hombres ■ médico ■ no médico

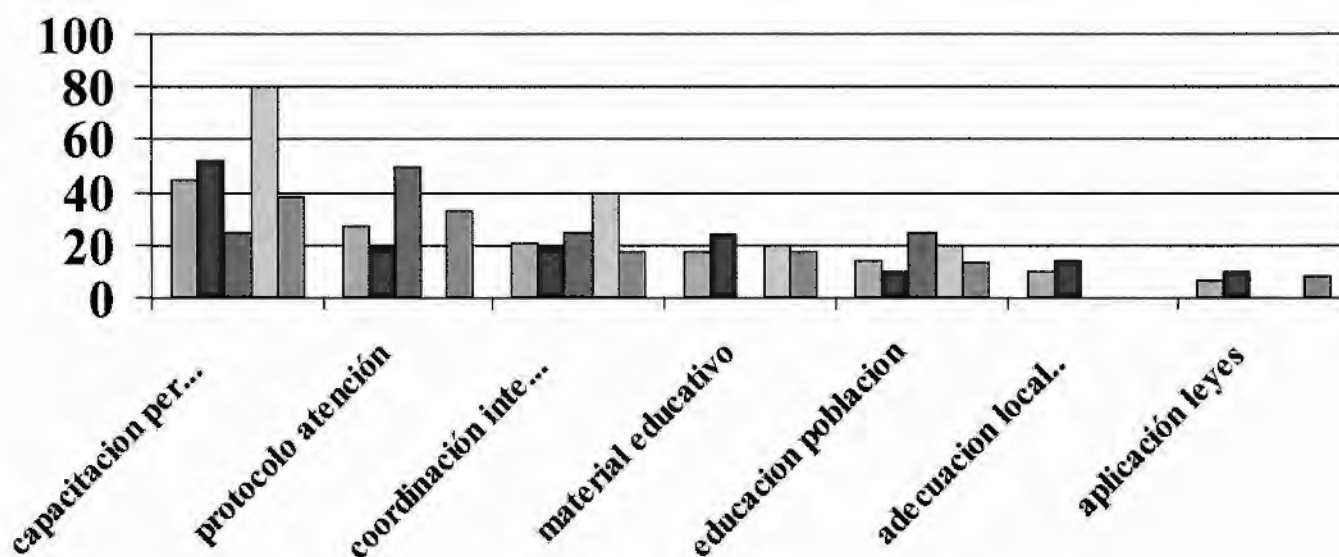
Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

TABLA 11.
PROPUESTAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIF
SAN MARCOS .NICARAGUA 1999

PROPUESTAS	Personal Salud 29		Personal Salud Mujeres 21		Personal Salud Hombres 8		Personal Salud Médico 5		Personal Salud No médico 24	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Capacitación amplia al personal de salud sobre VIF.	13	45	11	53	2	25	4	80	9	38
Elaboración del Protocolo de Atención por parte de las Autoridades del MINSA Nacional	8	28	4	19	2	25	2	40	8	33
Coordinación intersectorial con planes específicos.	6	21	4	19	2	25	2	40	4	17
Diseño y divulgación de material educativo.	5	17	5	24	-	-	1	20	4	17
Educación masiva a la población para mostrar la gravedad de la VIF.	4	14	2	10	2	25	1	20	3	13
Adecuación de locales del MINSA.	3	10	3	14	-	-	-	-	3	13

Gráfico 20. Propuestas del personal salud para mejorar la atención a víctimas de VIF

San Marcos. Nicaragua. 1999



Fuente: Encuestas Personal de salud



Tesis de Grado 1999. Clavel y Real

ANEXO No. 9

MATRIZ DE RESULTADOS No. 4
PERCEPCIONES LA POBLACIÓN SOBRE VIF
SAN MARCOS NICARAGUA 1999

Población	Resultados
<p style="text-align: center;">Toda la población</p>	<p>Un poco menos de la mitad de la población entrevistada, hombres y mujeres coincidieron en que el machismo es una de las causas u origen de la VIF.</p> <p>La mitad considera que es por falta de comunicación en la familia-madre-padre-hijo/a.</p> <p>Un número menor considera que es por alcohol, drogas, desempleo.</p> <p>En un grupo alto hay una conciencia bastante clara sobre el problema de la VIF en el barrio pudiéndolo identificar como un problema. De igual forma que identifican mujeres víctimas de VIF en su comunidad.</p> <p>Un grupo menor no consideran un problema la VIF en su comunidad.</p>
<p>Mujeres Entrevistadas</p>	<p>Un grupo de las mujeres entrevistadas reconoció que está dirigida a mujeres adultas. Un grupo menor consideró que está dirigido a la niñez. Y otro lo asocia con violación o daño sexual.</p> <p>Los efectos de la VIF en la salud los identificaron con daño en la salud psicológica.</p> <p>Referente a la percepción que tienen sobre la capacidad del personal de salud para apoyar a personas víctimas de VIF, más de la mitad respondieron que puede ayudar, especialmente la psicóloga.</p> <p>Un número menor consideran que el personal de salud no puede ayudar.</p>
<p>Hombres Entrevistados</p>	<p>La mitad de los hombres respondió que la VIF está dirigida a mujeres y niñez.</p> <p>Sobre los efectos en la salud, la asociaron con heridas con arma, a muerte.</p> <p>Un número mayor de hombres en relación a las mujeres consideran que el personal de salud puede ayudar Y un número más reducido de hombres opinan que el personal de salud no puede ayudar a personas afectadas VIF.</p>

Fuente: Sondeo población

TABLA No. 12.
PERCEPCIÓN EN LA POBLACIÓN SOBRE CAUSAS VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Causas VIF	Resultados	
	No	%
Toda la población:		
• Hombres y mujeres coincidieron en que el machismo es una de las causas u origen de la VIF.	45	44
• La mitad considera que es por falta de comunicación en la familia-madre-padre-hijo/a.	51	50
• Un número menor considera que es por alcohol, droga, desempleo	10	9.8

Fuente: Encuesta población

TABLA No.13
PERCEPCIÓN EN LA POBLACIÓN DIRECCIONALIDAD VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Direccionalidad VIF	Resultados	
	No	%
La VIF está dirigida :		
Según Mujeres		
• Dirigida a mujeres adultas	49	59
• Dirigida a niñez	15	18
• Existe un nivel de conciencia sobre el problema de la VIF y mujeres víctimas en el barrio .	31	37
Según hombres		
• Mujeres y niñez	10	50
• En su barrio pueden identificar a mujeres víctimas de VIF	12	60

Fuente: Encuesta población

TABLA No.14
PERCEPCIÓN EN LA POBLACIÓN FEMENINA EFECTOS VIF EN LA SALUD
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Efectos VIF	Resultados	
	No	%
Mujeres entrevistadas:		
Identifican efectos en la salud:		
• Maltrato físico (golpe, herida)	49	60
• Daño a la salud psicológica	36	48
• Daño sexual o violación	17	21
• Consideraron que en su barrio hay muchas personas víctimas de VIF.	31	38
• Refirieron que el personal de salud está en capacidad para apoyar a personas víctimas de VIF especialmente la psicóloga.	57	70
• Un número menor consideran que el personal de salud no puede ayudar	25	30

Fuente: Encuesta población

TABLA NO. 15
PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN MASCULINA EFECTOS VIF EN LA
SALUD. SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Población	Resultados	
	No.	%
Hombres entrevistados:		
• La VIF está dirigida: Mujeres y niñez	10	50
Efectos en la Salud:		
• Herida con arma, muerte	2	10
• Provoca enfermedades	6	30
• Consideraron que en su barrio hay personas víctimas de VIF	12	61
• El personal de salud puede ayudar a personas afectadas por VIF	17	85
• No consideran al personal apto para atender a personas afectadas por VIF	3	15

Fuente: Encuesta población

GRAFICO No. 21

Percepción población. Causa y problema de VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.

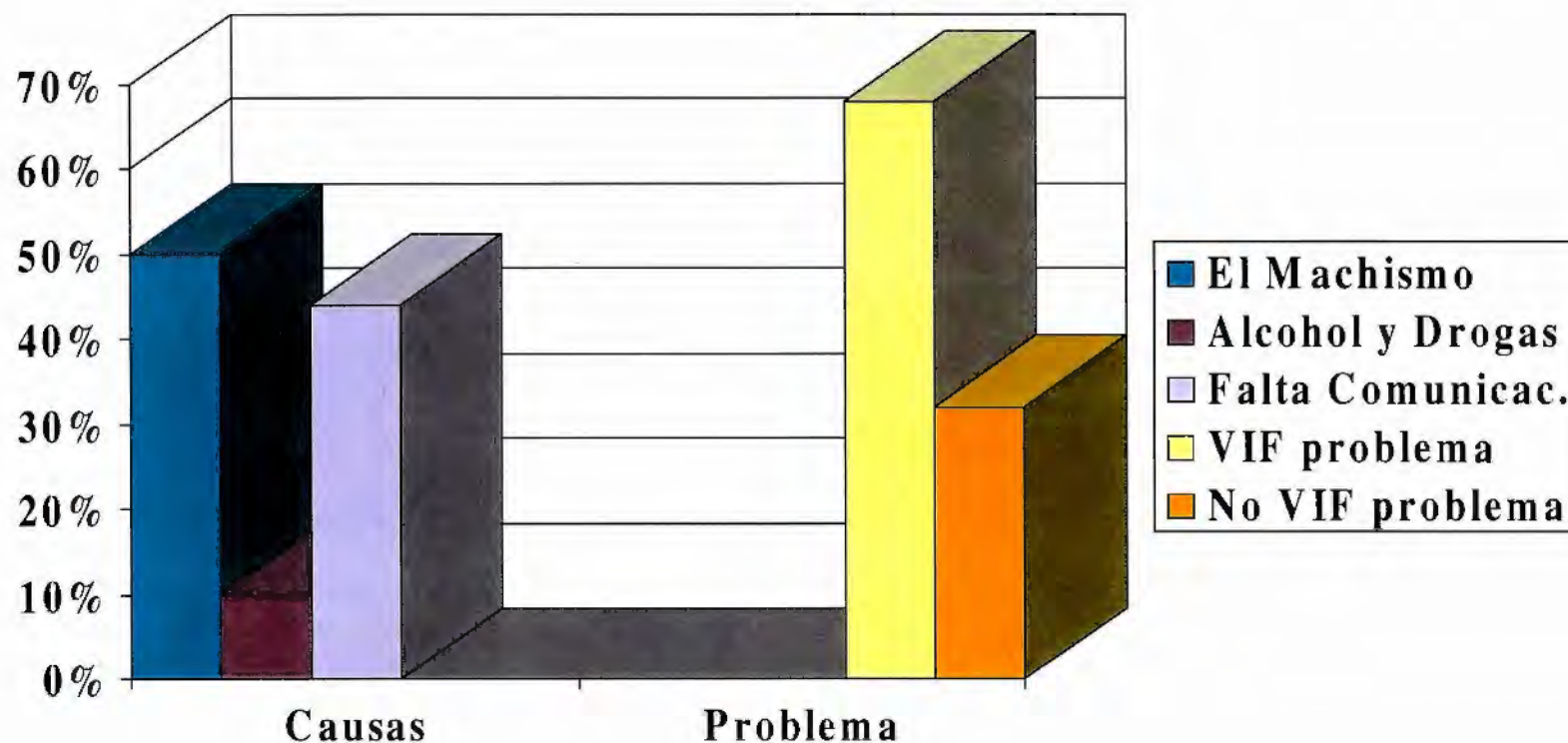


GRAFICO No. 22

Percepción de la Población. Hacia dónde está dirigida la VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.

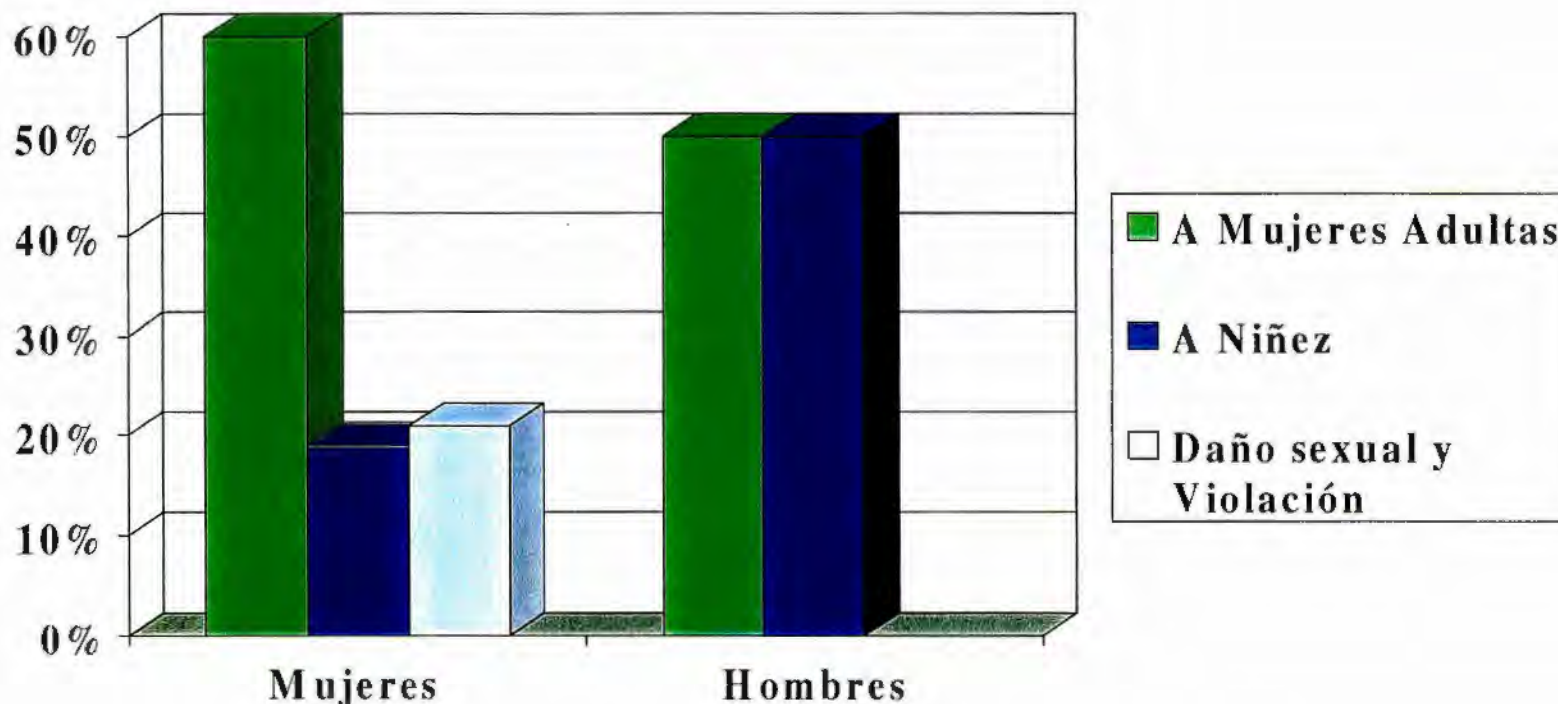


GRAFICO No. 23

Percepción de la Población. Efectos de VIF sobre la salud. San Marcos. Nicaragua 1999.

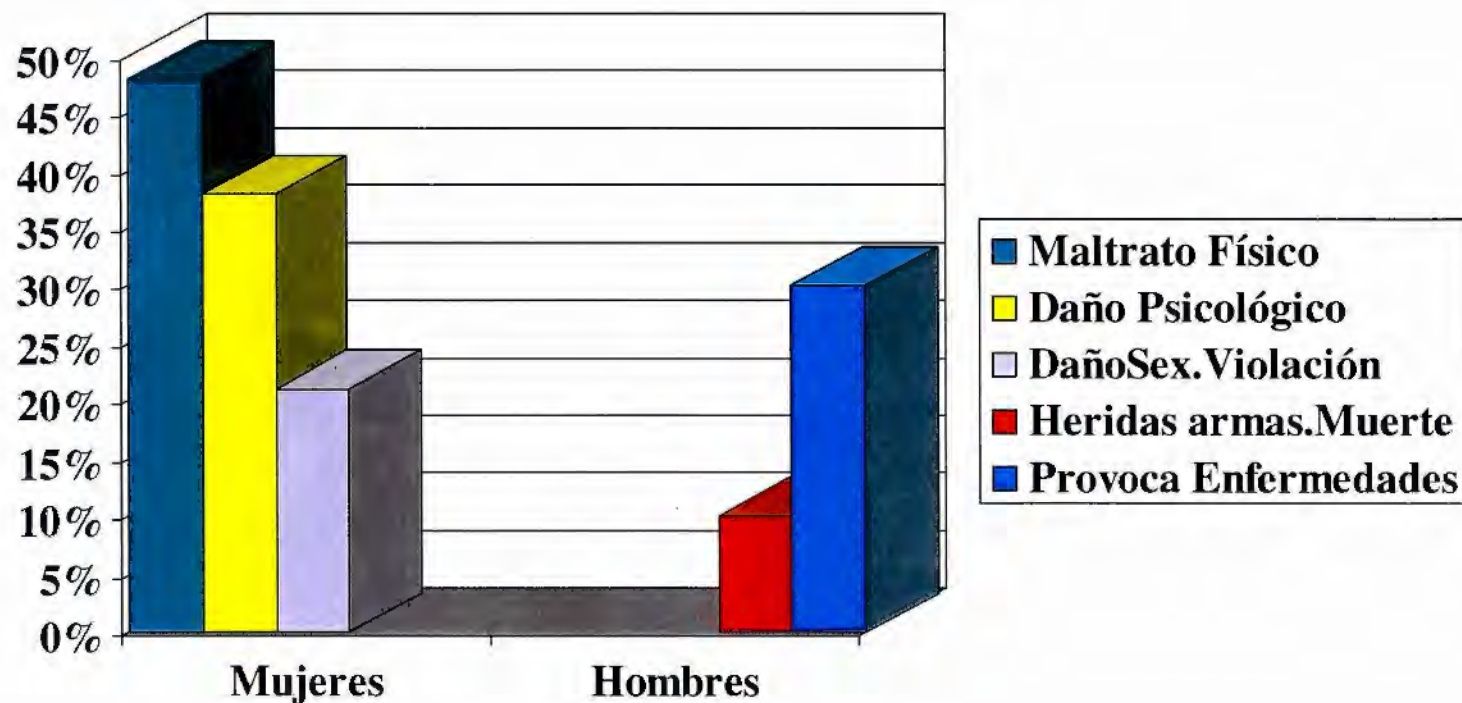
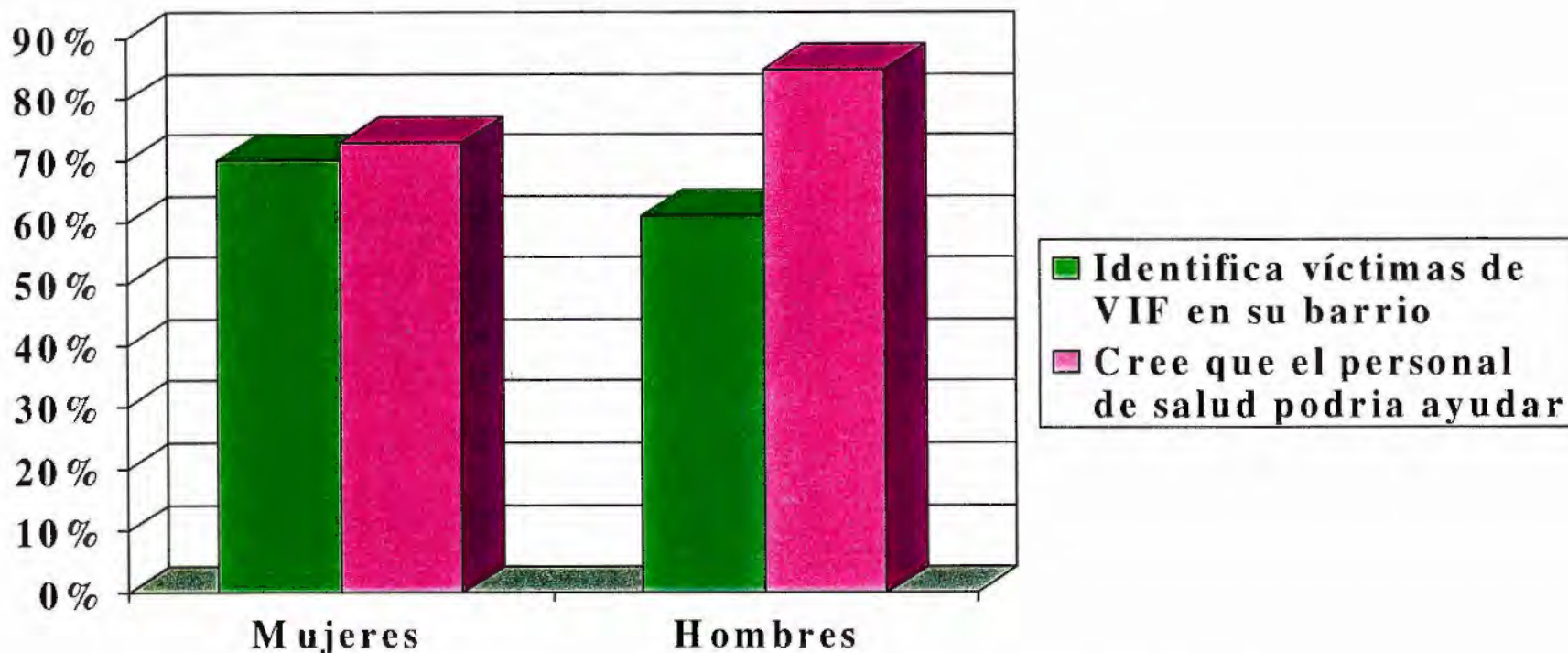


GRAFICO No. 24

Percepción Capacidad. Personal Salud/ Víctimas en su Barrio. San Marcos. Nicaragua 1999.



**MATRIZ DE RESULTADOS No. 5
CONOCIMIENTO EN LA POBLACIÓN SOBRE VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA. 1999**

Población	Resultados
Toda la población	La mayoría de población entrevistada, hombres y mujeres, identificaron como violencia intrafamiliar más de dos tipos de violencia. Un grupo la consideró, en primer lugar, igual a violencia física; en segundo lugar como violencia emocional; y en tercero como violencia sexual

Fuente: Sondeo de población

**MATRIZ DE RESULTADOS No. 6
ACTITUD EN LA POBLACIÓN
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999**

Poblacion	Resultados
Toda la Población	<p>Las respuestas acerca de la posibilidad que la VIF se puede evitar fueron bastante altas.</p> <p>Entre las formas de solución frente a la VIF consideran que la buena comunicación, la capacitación y la generación de empleo pueden ayudar a evitarla VIF.</p> <p>Consideraron que saben donde acudir a buscar ayuda:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casa de la Mujer • Policía • Centro de Salud • Comisaría de la Mujer

Fuente: Sondeo de Población

TABLA No.16
CONOCIMIENTO EN LA POBLACIÓN SOBRE VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Conocimiento sobre VIF	Resultados	
	No	%
Población:		
Hombres y mujeres identifican la VIF:		
• Como violencia física.	85	83
• Violencia emocional	75	73
• Violencia sexual	30	29
• Violencia económica (reconocida sólo por las mujeres)	4	3
(Una misma persona reconoció varios tipos de VIF)		

Fuente: Encuesta población

TABLA No.17
ACTITUD EN LA POBLACIÓN HACIA LA VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Actitud hacia la VIF	Resultados	
Toda la población:	No	%
Hombres y mujeres coincidieron en que la VIF se puede evitar.	91	89
La forma para evitarla VIF:		
• Buena comunicación	67	65
• Capacitación	57	55
• Empleo	20	19
En donde buscar ayuda respondieron:		
• Casa de la Mujer (...en la casa de la mujer velan por el bien de la mujer...)	58	57
• Policía	25	24
• Centro de Salud	16	15
• Comisaría de la Mujer	7	6

Fuente : Encuesta población

GRAFICO No. 25

CONOCIMIENTO. La Población identifica la VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.

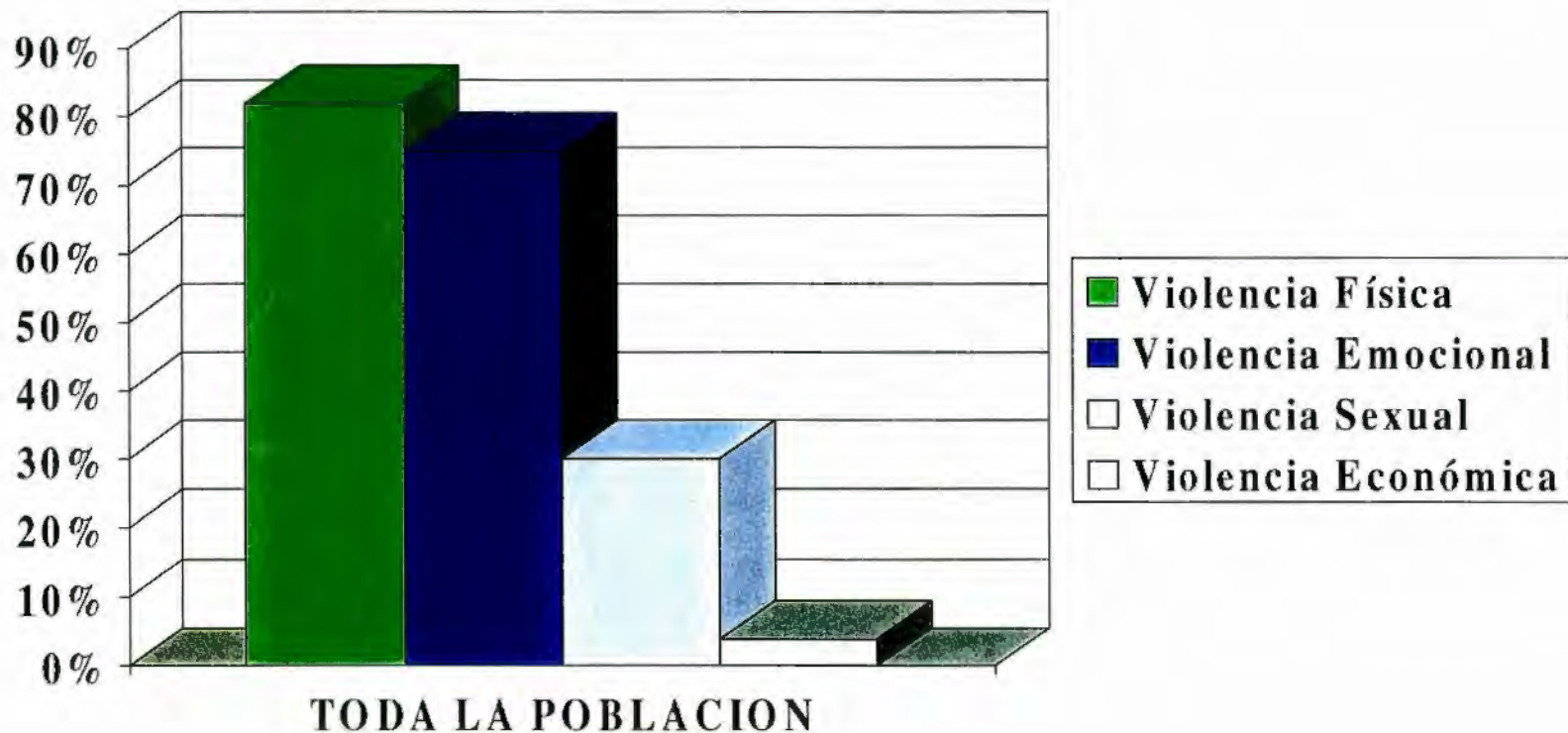


GRAFICO No. 26

Actitud de la Población. Formas de Evitar la VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.

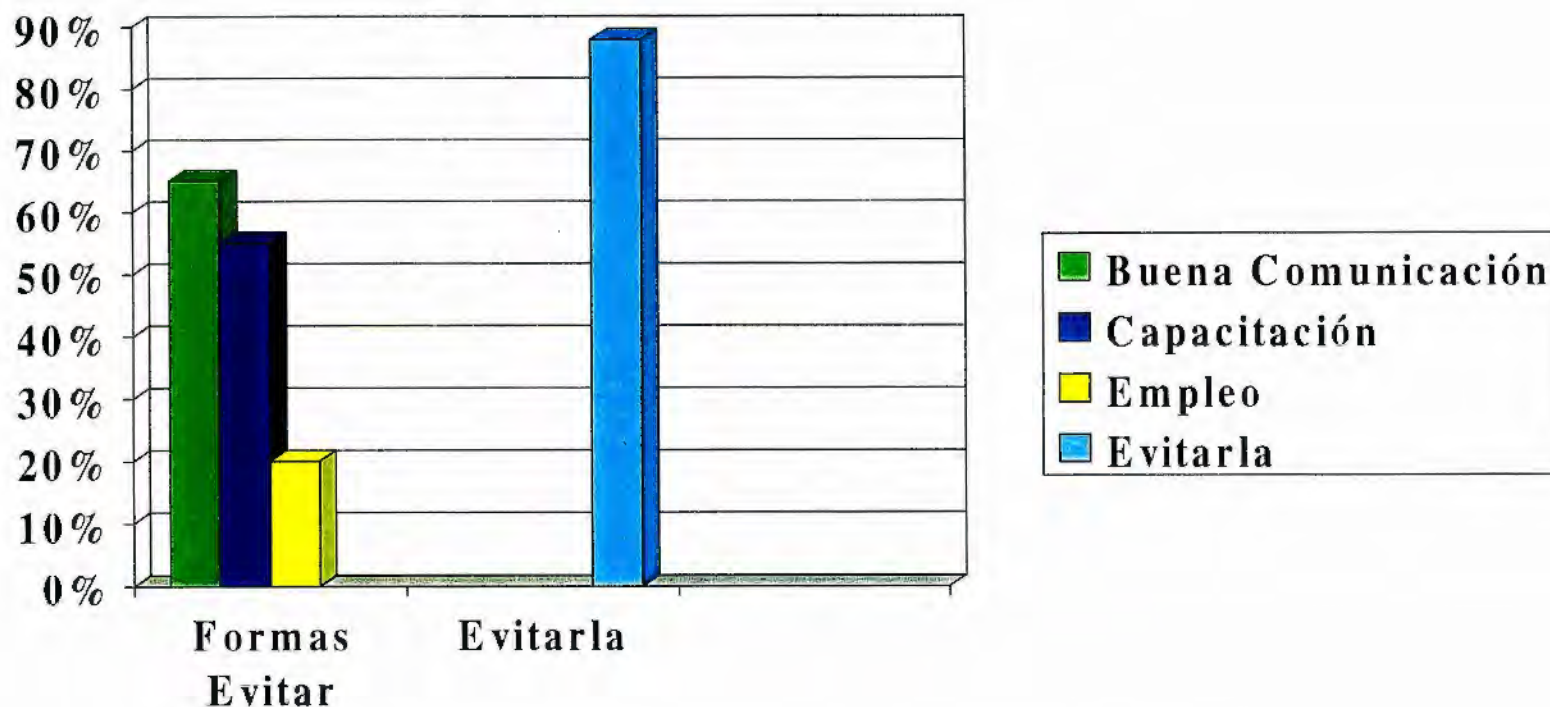


GRAFICO No. 27
Actitud de la Población. Dónde Buscar
Ayuda por VIF. San Marcos.
Nicaragua 1999.

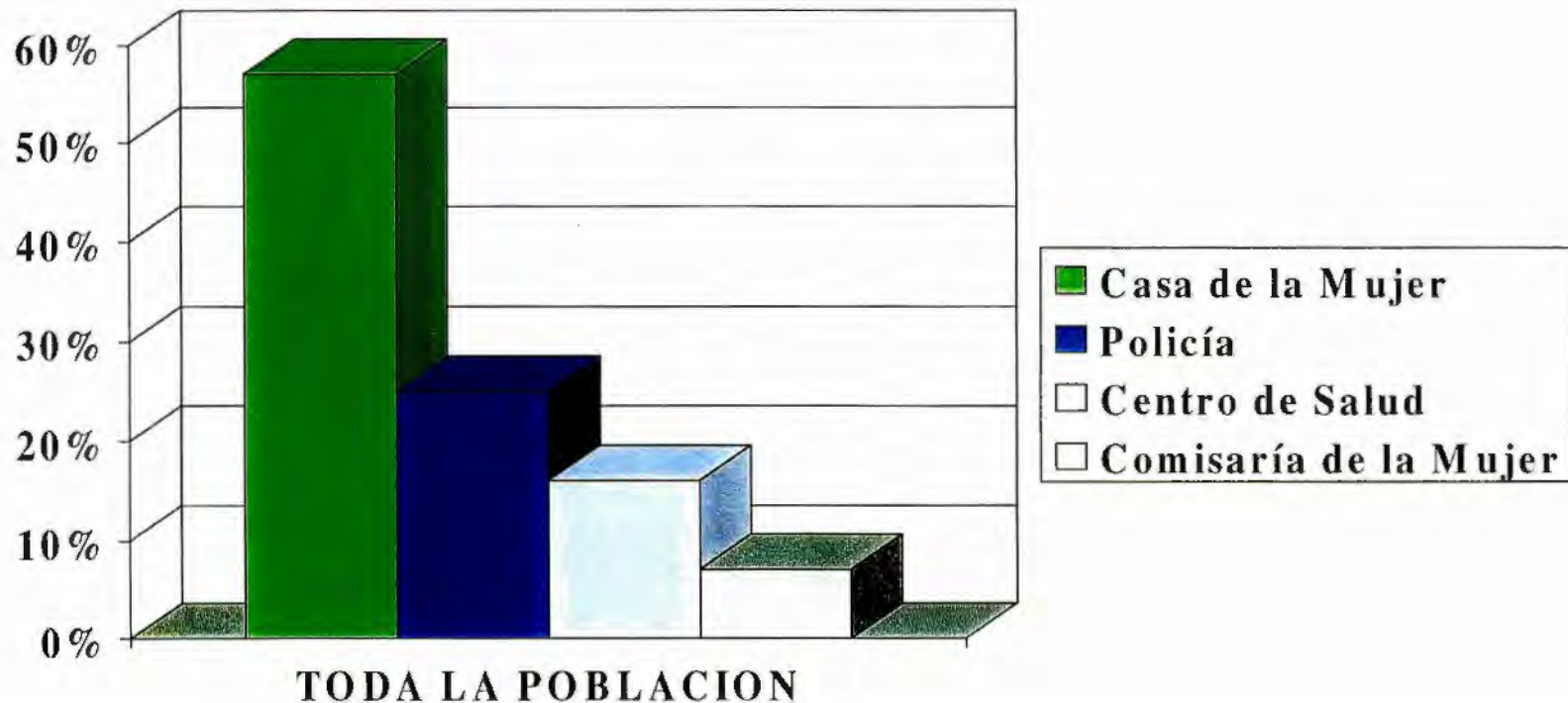
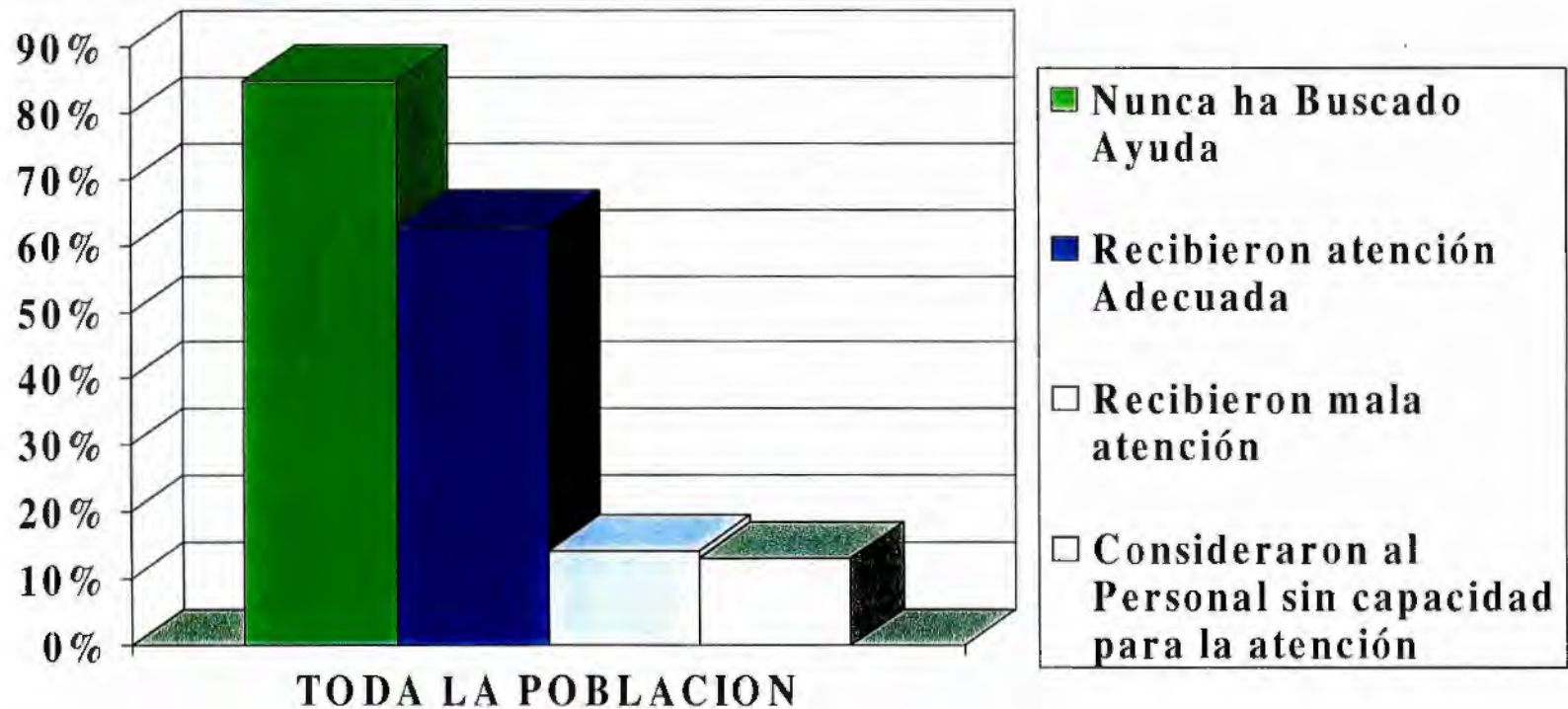


GRAFICO No. 28

Actitud de la Población. Búsqueda y Calidad de Ayuda. San Marcos. Nicaragua 1999.



**MATRÍZ DE RESULTADO No. 7
PRÁCTICA EN LA POBLACIÓN
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999**

Población	Resultados
Toda la población	<p>La mayoría de la personas entrevistadas nunca han acudido al Centro de Salud a buscar ayuda por VIF.</p> <p>De las que han acudido, más de la mitad respondieron haberse sentido bien atendidas.</p> <p>Un número menor manifestó no haber sido atendido adecuadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>me hablaron de mala manera</i>.... • <i>el personal no sabe qué hacer</i>....

Fuente: Sondeo población

**MATRÍZ DE RESULTADOS No. 8
INFORMACIÓN EN LA POBLACIÓN SOBRE VIF
SAN MARCOS NICARAGUA 1999**

Población	Resultados
Toda la población	<p>La mayor parte de las personas entrevistadas no han recibido ninguna información sobre VIF de ninguna persona ni institución. De igual manera no han recibido material educativo.</p> <p>Las personas que han recibido algún tipo de información, lo han recibido en su mayoría de parte de la Casa de la Mujer y de la Red de Mujeres contra la Violencia, en menor número de familiares y amigos/as, del Minsa y otras ONG. Similar respuesta se presentó sobre el material educativo.</p>

Fuente: Sondeo de población

TABLA No.18
PRÁCTICA DE LA POBLACIÓN HACIA LA VIF
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Población	Resultados	
	No	%
Toda la población:		
• Nunca han buscado ayuda en el Centro de Salud por VIF	88	86
• Fueron atendidos adecuadamente cuando buscaron ayuda	65	63
• No se sintieron atendidos. Consideran que el personal de salud lo hizo de "mala manera"	14	13
• Un grupo respondió que al buscar ayuda sintieron que el "personal no sabía que hacer frente al problema"	13	12

Fuente: Encuesta población.

TABLA No.19
INFORMACIÓN RECIBIDA POR LA POBLACIÓN SOBRE VIF
SAN MARCOS NICARAGUA 1999

Información recibida VIF	No	%
No han recibido información	79	76
Recibieron información	23	24
Quien brinda la información:		
Casa de la Mujer	39	38
Familiares y amigos	29	28
MINSA y MED	10	9.8
Otras ONG	4	4
Otros	21	20

Fuente: Encuesta población

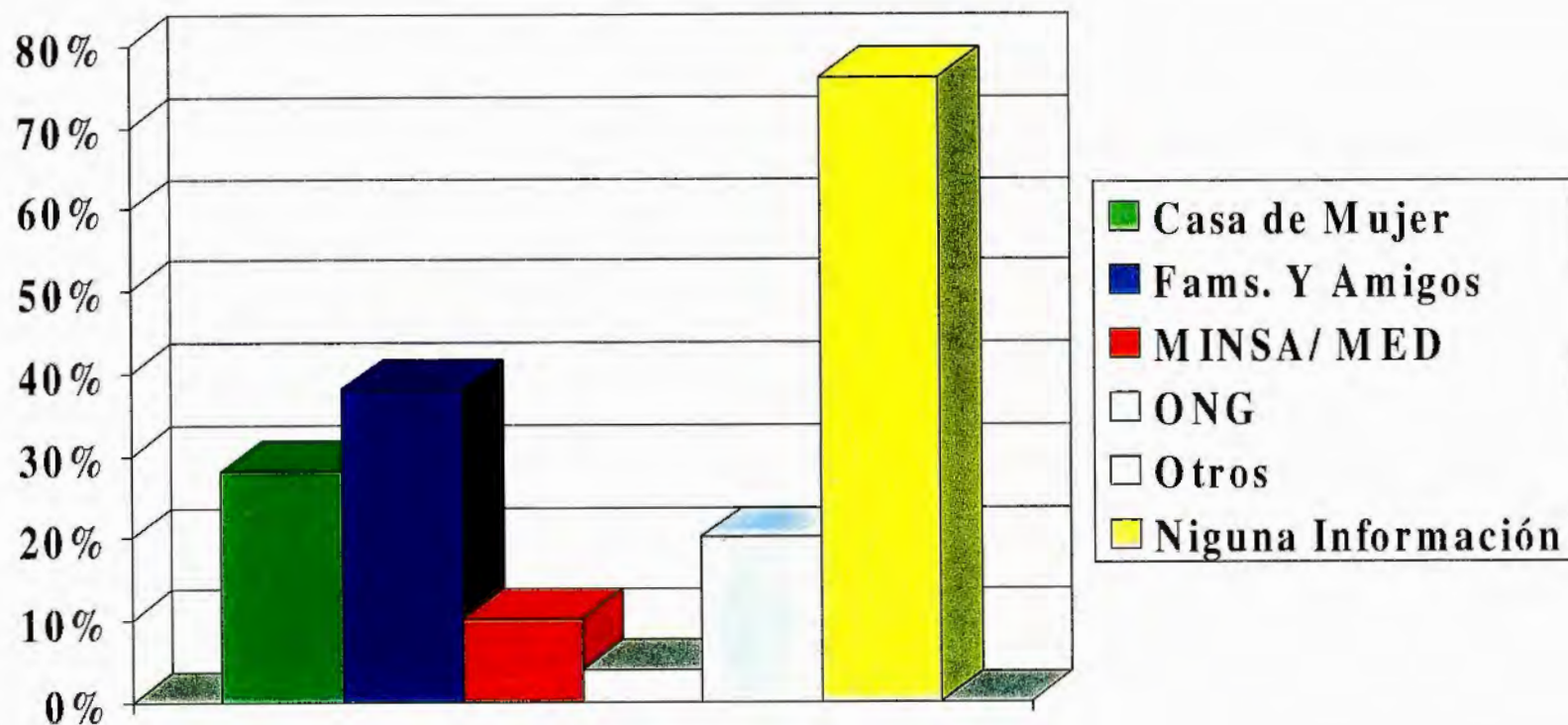
TABLA No. 20
PREVALENCIA Y TIPOS DE VIOLENCIA VIVIDA POR LA POBLACIÓN
SAN MARCOS . NICARAGUA 1999

Población Vif	No	%
Toda la población de los que respondieron estar sufriendo VIF :		
Mujeres	26	32
Hombres	3	15
Tipos de VIF Mujeres:		
• Emocional	14	53
• Física	8	28
• Sexual	5	17
Tipos de VIF Hombres:		
• Física	1	25
• Emocional	3	100
Necesitan ayuda:		
• Mujeres	83	82
• Hombres	17	16

Fuente: Encuesta población

GRAFICO No. 29

Información en la Población sobre VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.



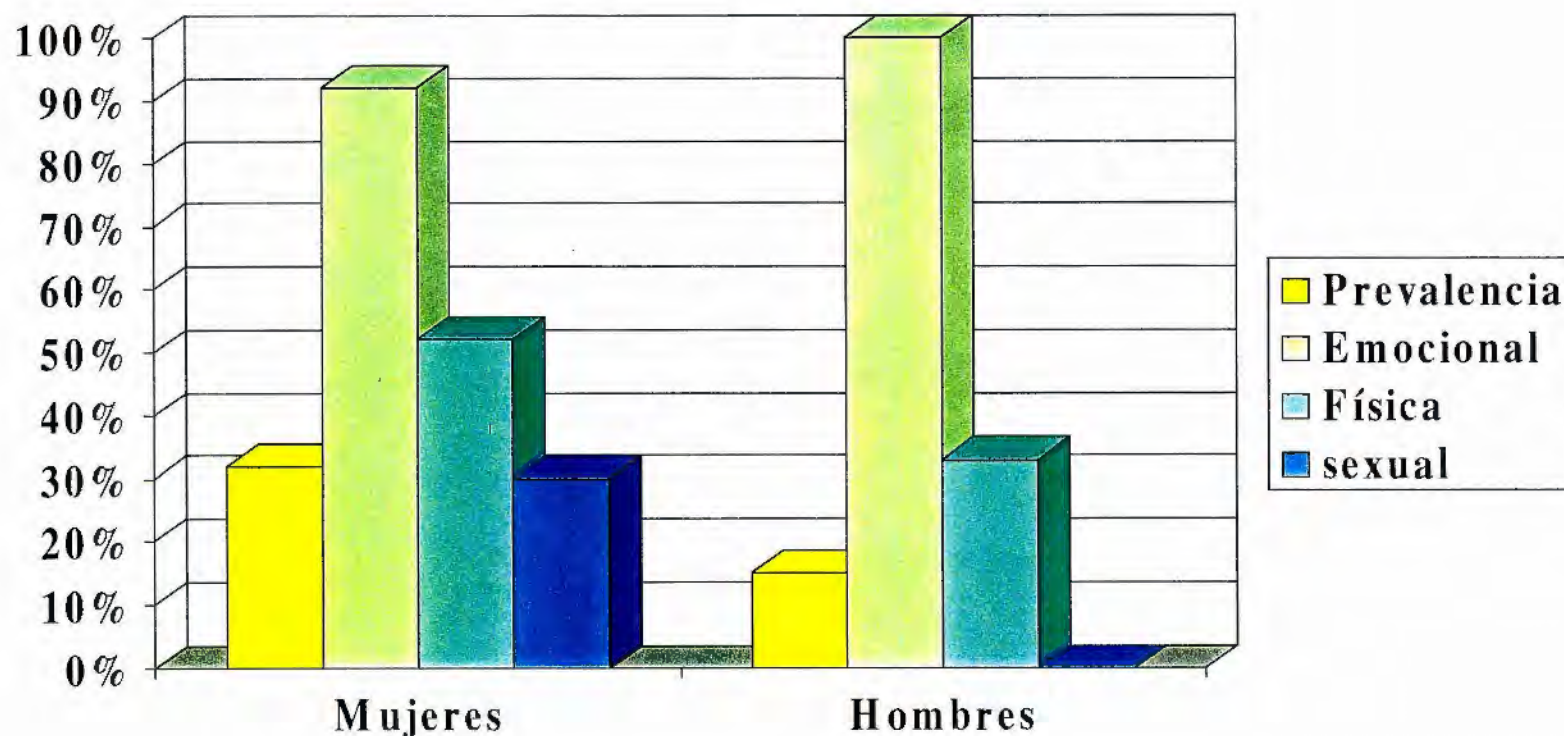
MATRÍZ DE RESULTADOS No.9
PREVALENCIA DE VIF EN LA POBLACIÓN
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

Población	Resultados
Toda la población	Los resultados nos muestran una afectación de 30 personas de ambos sexos, 27 mujeres y 3 hombres, en una población de 102 entrevistados/as. Los tipos de VIF corresponden a física, emocional y sexual.
Mujeres Entrevistadas	El número de afectadas es mayor 9 veces que el de los hombres. La prevalencia en las mujeres entrevistadas presenta el mayor número de afectadas en violencia emocional; en segundo lugar la física; y en tercero la sexual.
Hombres Entrevistados	A pesar del alto subregistro de la VIF para toda la población, y de la ausencia de reconocer su afectación por parte de los hombres , 3 de los entrevistados afirmaron estar siendo afectados. La prevalencia es en mayor número emocional y en segundo lugar física.

Fuente: Sondeo a Población

GRAFICO No. 30

Prevalencia y Tipos de VIF. Población Entrevistada. San Marcos. Nicaragua 1999.



ANEXO No. 10

**Matriz 10. Percepción de la VIF entre los actores sociales.
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Alas mujeres y como consecuencia a sus hijos e hijas. Causas : licor, machismo y situación económica
Casa de la Mujer	A las mujeres adultas, adolescentes y a la niñez Causas : falta de comunicación y respeto en las familias. Abuso de drogas.
Juez	Mujeres adultas Causas : Ignorancia, Analfabetismo, Hacinamiento, Pobreza, Hombres que no saben como resolver sus problemas económicos.
Ministerio de Educación	Mujeres y la niñez a largo plazo, se detecta por mal comportamiento en la escuela Causas: licor, drogas, hacinamiento,...desencadenan.
Movimiento Comunal	Mujeres adultas y después a los hijos. Causas : irresponsabilidad de los hombres, licor, desempleo, tradición " se vio en nuestra niñez y se repite "
Pastor Bautista	Niñez. adolescencia y mujeres adultas. Causas: influencia de los medios de comunicación, alto indice de desempleo, falta de Dios en las familias, a pesar de ser un país católico, corrupción.
Policía	Mujeres adultas Causas: falta de cultura del cabeza de familia, desconocimiento de las leyes, no saben hacer la vida de familia en paz.

Fuente: Entrevistas a Actores Sociales

**Tabla 21: Percepción de Actores sociales ante la VIF.
San Marcos. Nicaragua 1999**

Acerca de las principales víctimas de la Violencia Intrafamiliar N = 7	%
Mujeres adultas	100 %
Mujeres adultas, niñas y niñez	71,42 %
Mujeres adultas, niñas y adolescentes	28,5 %
Mujeres y después repercute en los hijos e hijas y en la familia en general.	28,5 %
De las causas de la Violencia Intrafamiliar ¹:	
Consumo de licor y drogas	71,4%
Pobreza(hacinamiento, desempleo, falta de perspectivas en la vida...)	71,4%
Machismo, irresponsabilidad de los hombres ²	28,57%
Ignorancia , analfabetismo, falta de cultura del cabeza de familia, desconocimiento de las leyes, no saben hacer la vida en paz	28,57%
Falta de comunicación y respeto en las familias	14,2%
Falta de Dios a pesar de ser un país católico	14,2%
Corrupción	14,2%

Fuente: Entrevistas a actores sociales.

¹ El 100 % de los actores y actora social describieron más de una causa para la VIF

² Esto lo plantearon el Alcalde y el Coordinador del Movimiento Comunal respectivamente

GRAFICO No. 30

Prevalencia y Tipos de VIF. Población Entrevistada. San Marcos. Nicaragua 1999.

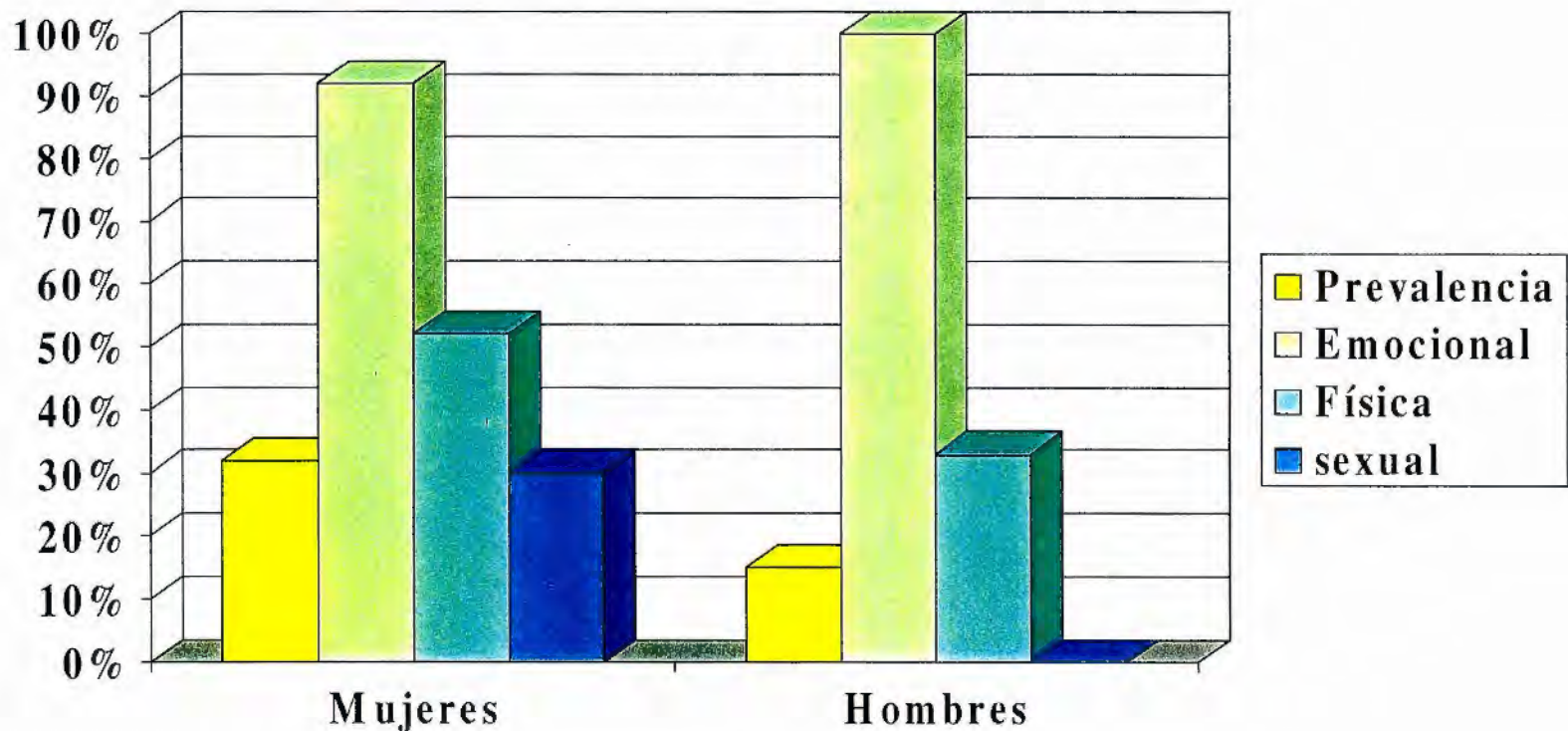
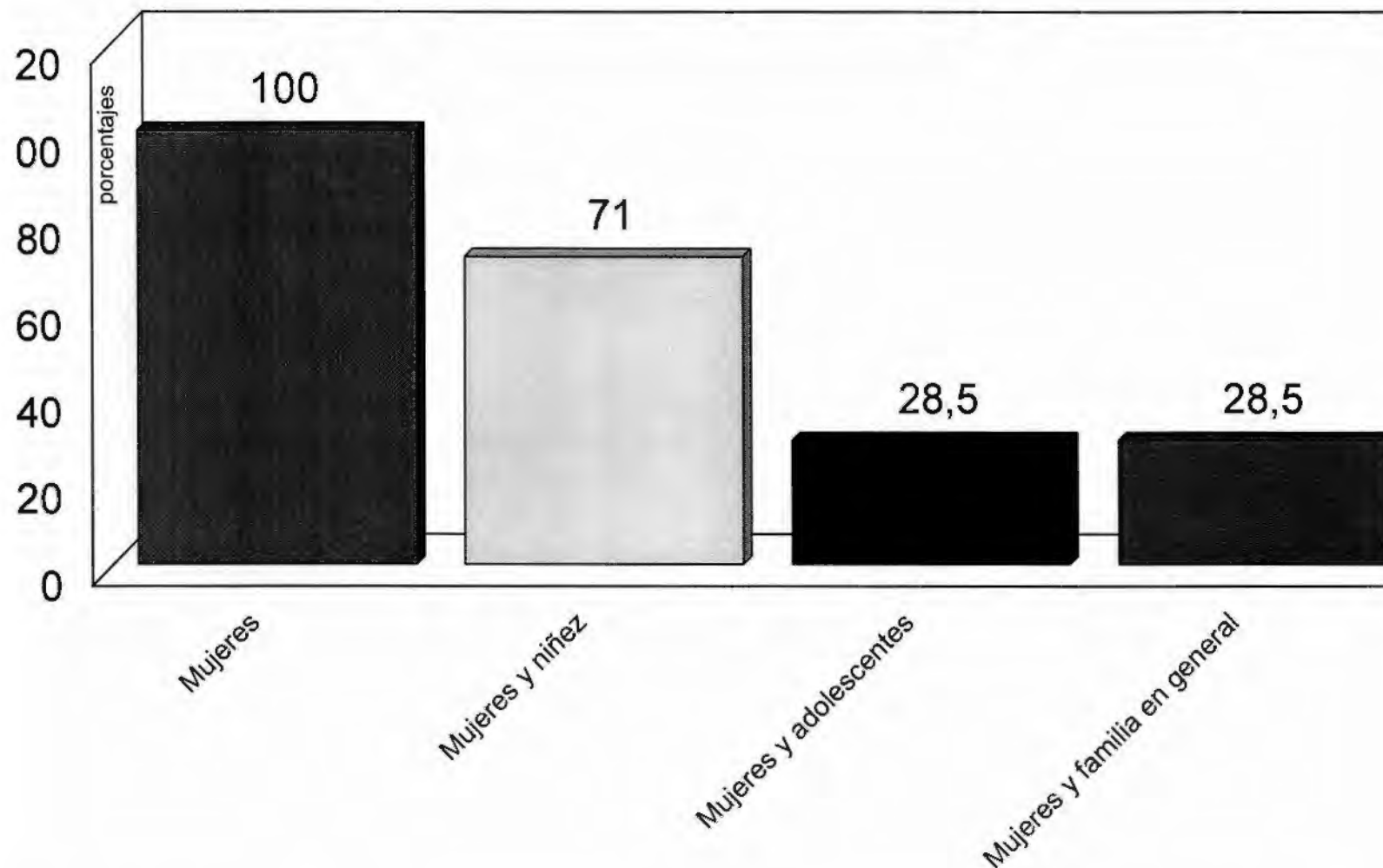


GRAFICO No. 31
PERCEPCION DE ACTORES SOCIALES ANTE LA VIF. PRINCIPALES VICTIMAS
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999

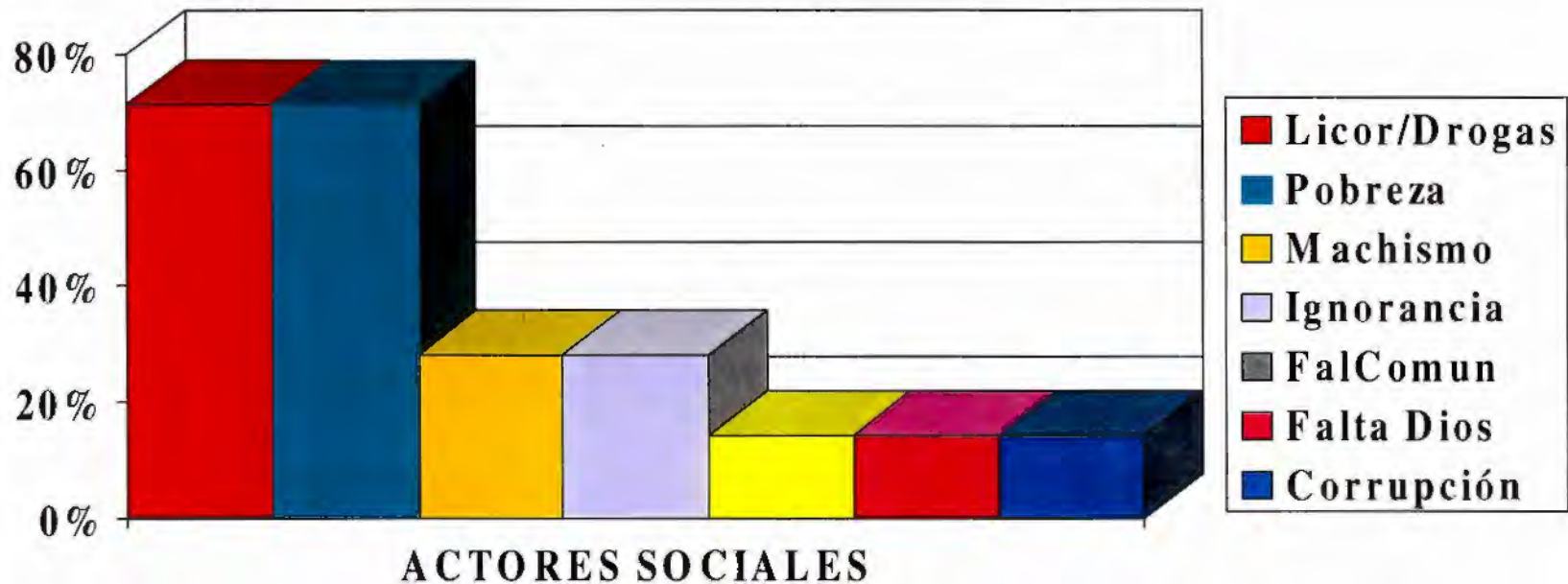


Fuente: Entrevistas Actores Sociales

Autoras: Clavel/Real

Gráfico No.32

Percepción de Actores Sociales ante la VIF. San Marcos. Nicaragua 1999.



**Matriz 11. Conocimientos de la VIF entre los actores sociales.
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Maltrato a las mujeres que tiene sus efectos en los niños. Más visible en personas de escasos recursos, pero también se da en las personas de las altas esferas sociales, con mayor discreción
Casa de la Mujer	Maltrato físico, psicológico y emocional. Afecta a toda la familia. Son familias en dificultades
Juez	Violencia hacia el cónyuge. Maltrato hacia las mujeres. Lesiones, intentos de homicidio. Hostigamiento y amenazas de los ex-maridos.
Ministerio de Educación	Maltrato en la niñez que es descubierta por la maestra o maestro .En todas las clases sociales, en las familias de escasos recursos se ve más.
Movimiento Comunal	Maltrato al cónyuge. Violación a niñas. Desalojo de los hombres a sus parejas e hijos. Ausencia de pensión de los padres a los hijos. La violencia intrafamiliar se suma a otros problemas ; delincuencia, prostitución, drogadicción,...
Pastor Bautista	Maltrato físico y psicológico. Es una realidad, en la que es necesario profundizar en las causas.
Policía	Lesiones, violencia sexual, tentativa de violación. Problema social sin tratamiento adecuado.

Fuente : Entrevistas a Actores Sociales

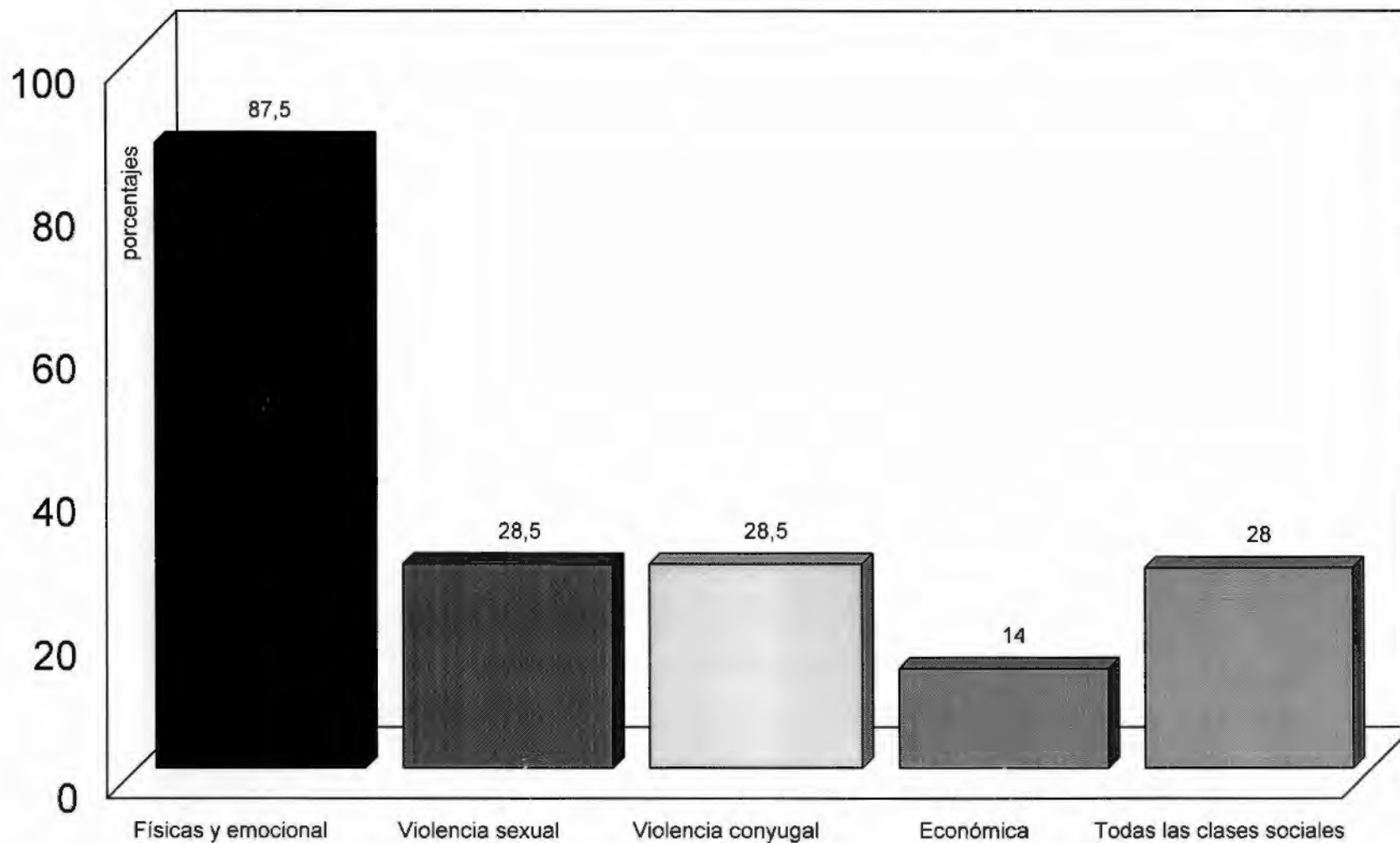
**Tabla 22. Conocimientos de VIF entre Actores Sociales .
San Marcos. Nicaragua 1999**

Qué es la Violencia Intrafamiliar n= 7	
Violencia intrafamiliar asociada a lesiones físicas y emocionales	85,7
Violencia intrafamiliar es violencia sexual	28,5
Violencia intrafamiliar es violencia conyugal	28,5
Violencia intrafamiliar es desalojo de los hombres a sus parejas, el no pago de pensiones alimenticias ³	14,2
Violencia intrafamiliar en todas las clases sociales, pero más visible en personas de escasos recursos	28,5

Fuente: Entrevistas a actores sociales.

³ Esto solo fue referido por el Coordinador del Movimiento Comunal

GRAFICO No.33
CONOCIMIENTOS DE ACTORES SOCIALES ANTE LA VIF.
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999



Fuente: Entrevistas Actores Sociales

Autoras: Clavel/Real

**Matriz 12. Actitud de los actores sociales ante la VIF.
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Positiva frente a posibilidad de evitarla. Con educación y capacitación. Apoyo de las leyes. Divulgación masiva.
Casa de la Mujer	La divulgación y educación pueden ayudar a evitarla. Capacitar sobre el problema y sobre las leyes existentes para la protección. Trabajo coordinado.
Juez	Falta de conocimientos, ignorancia sobre el problema. Puede evitarse educando. Realizando plan de trabajo conjunto, instituciones y sociedad civil. Coordinación interinstitucional.
Ministerio de Educación	Se considera producto de alcohol, drogas y desempleo. Puede evitarse educando a la población. Divulgando el problema de la VIF.
Movimiento Comunal	Puede evitarse con educación y divulgación. Plan de trabajo conjunto con comunidad. Coordinación interinstitucional.
Pastor Evangélico	Con educación y capacitación puede evitarse. Restableciendo los valores morales en la familia.
Policia	Puede evitarse divulgando y capacitando sobre Ley 230. Hacer campañas masivas. Estableciendo coordinaciones para trabajos interinstitucionales.

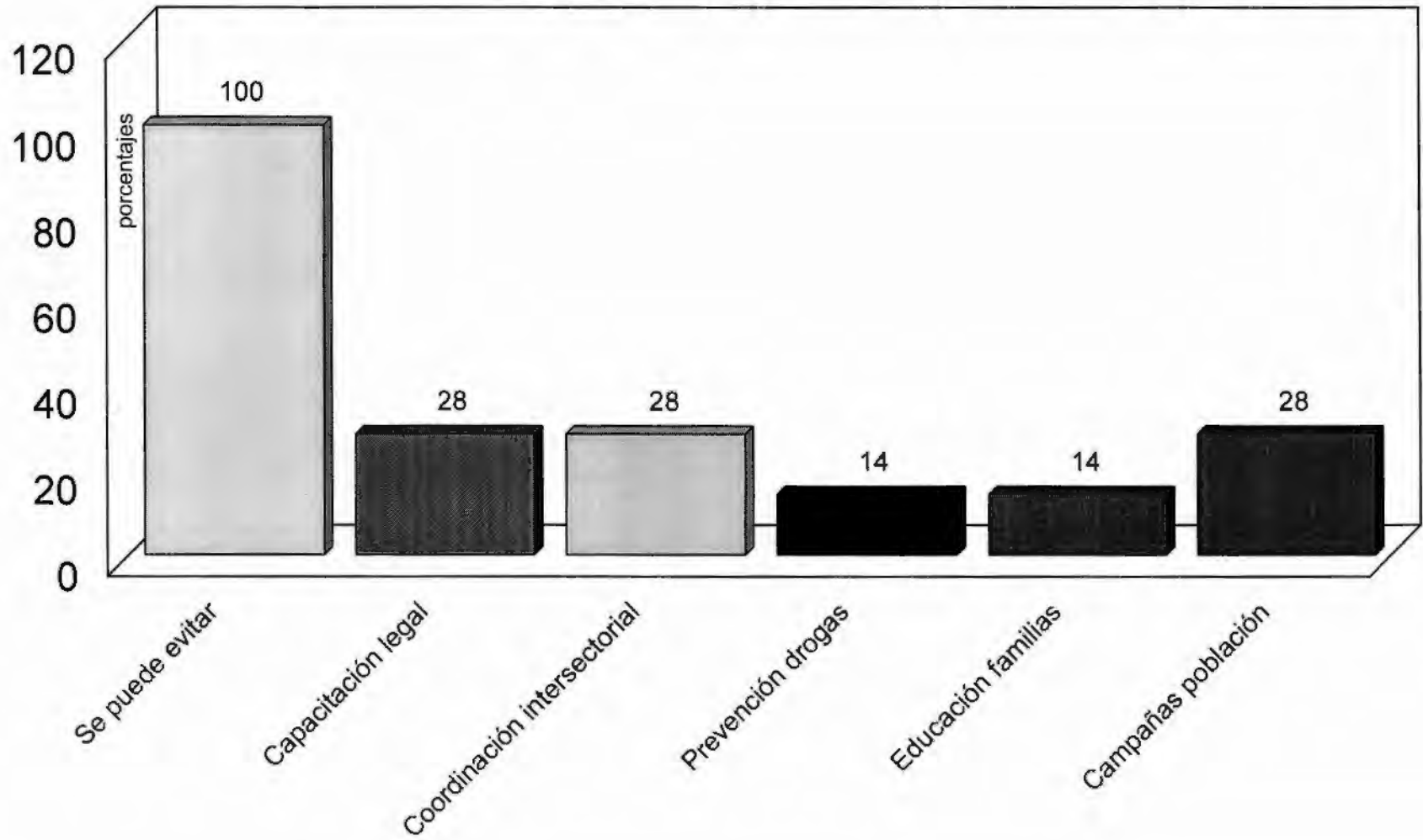
Fuente: Entrevistas a actores sociales

**Tabla 23. Actitud de los actores sociales ante la VIF.
San Marcos.1999**

Análisis de Resultado de Actitudes	%
Positiva frente a posibilidad de evitarla. Con educación a la población y capacitación al personal que da servicios.	100
Capacitar sobre las leyes existentes (ej. Ley230) para la protección sanción	28
Realizando plan de trabajo conjunto, instituciones y sociedad civil. Coordinación interinstitucional.	28
Combatiendo alcohol, drogas y desempleo, puede evitarse. educando a la población.	14
Con educación y capacitación puede evitarse. Restableciendo los valores morales en la familia.	14
Realizando campañas masivas. Divulgando el problema de la VIF.	28

Fuente: entrevistas a actores sociales

GRAFICO No.34
ACTITUD DE ACTORES SOCIALES ANTE LA PREVENCION LA VIF.
SAN MARCOS. NICARAGUA 1999



Fuente: Entrevistas Actores Sociales

**Tabla 25 : Referencias entre Actores Sociales para atender VIF.
San Marcos. Nicaragua 1999.**

Instituc. Locales/ Personas Entrevistadas	Alcalde	Casa de La Mujer	Juez	MECD	Movimiento Comunal	Pastor Bautista	Policía	MINSA	Otros ⁴
Alcalde									
Casa de La Mujer									
Juez									
MECD									
Movim. Comunal									
Pastor Bautista									
Policía									
Total Referencias		6	4	2	1		4	4	4

Fuente: Entrevistas a Actores Sociales.

⁴ Mifamilia, Procurador , forense,...

**Matriz 13. Prácticas de los actores sociales ante la VIF.
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Centro Hogar para rehabilitación de Alcohólicos. Presiden el Comité Intersectorial Municipal (CIM) Referencias : Casa de la Mujer
Casa de la Mujer	Defensoras Populares, Capacitaciones , Campañas , Asesoría jurídica, Centro de Documentación, Atención Médica. Miembras del CIM Refieren a todos los otros actores sociales y reciben del resto de actores Disponibilidad de recursos humanos, técnicos y de infraestructura para la coordinación.
Juez	Arreglos de paz, juicios y referencias hacia el forense, el MINSA, la policía y la Casa de la Mujer Disponibilidad de recursos humanos para la coordinación.
Ministerio de Educación	Orientación a maestros y maestras y las familias y referencias a Casa de la Mujer y MINSA Miembros del CIM
Movimiento Comunal	Defensoria social de adultos Consejería a parejas Miembros del CIM Referencia a todos los otros actores sociales y Mifamilia Disponibilidad de promotores y facilitadores. De ambos sexos, para la coordinación
Pastor Bautista	Consejería pastoral y referencias a Casa de la Mujer, Policía y Juez Miembros del CIM Disponibilidad de recursos humanos, técnicos e infraestructura para la coordinación
Policia	Recepción de la denuncia y referencias a Casa de la Mujer, Mifamilia, Procurador y Juez. Miembros del CIM Disponibilidad de apoyo para el traslado de víctimas

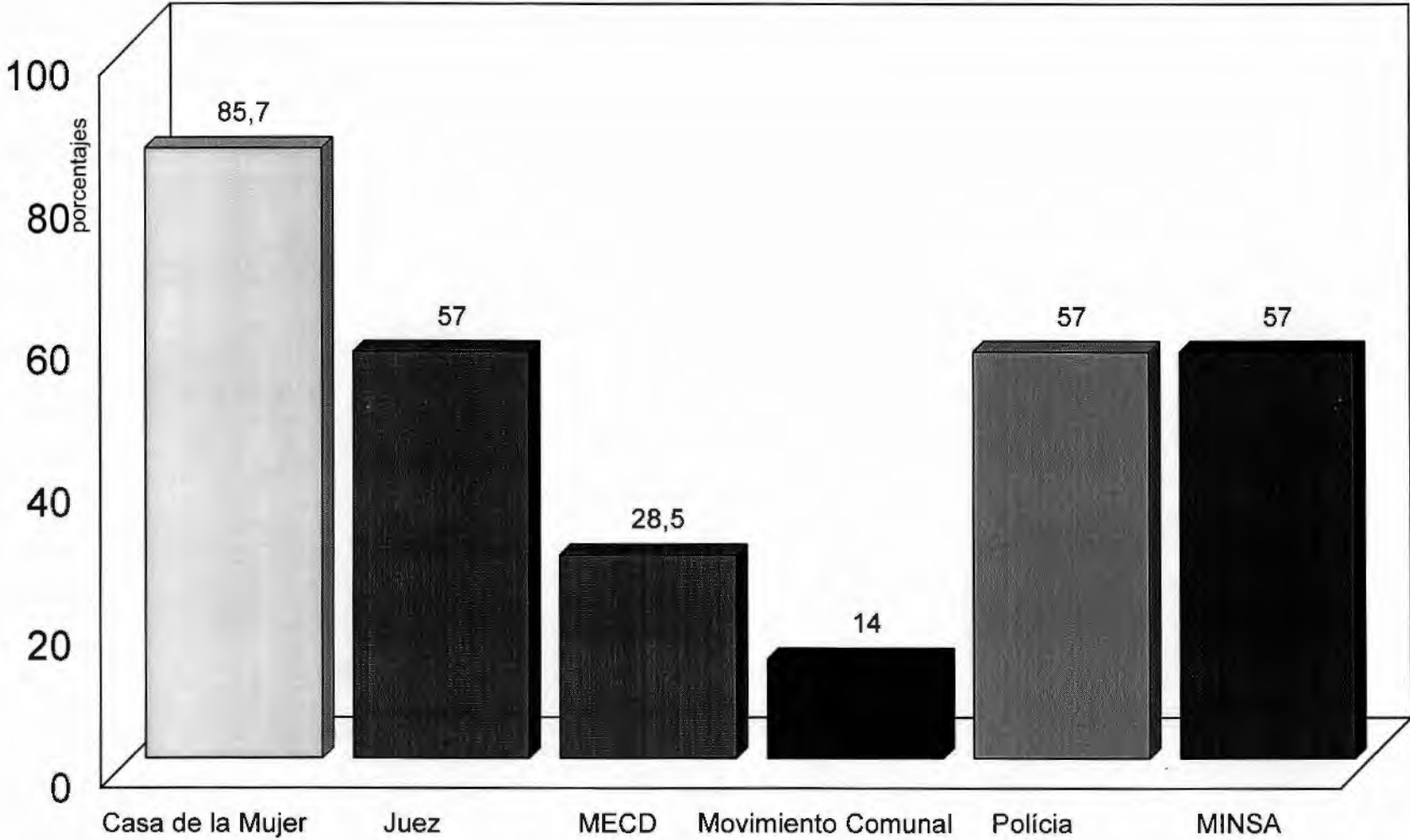
Fuente: Entrevistas a Actores Sociales

**Tabla 24 : Oferta de servicios para atender VIF según tipo de Actores Sociales.
San Marcos . Nicaragua 1999**

Tipo de servicio	Institución estatal	Sociedad Civil
Capacitación	Juez	Casa de la Mujer
Defensoras Populares/ Social		Casa de la Mujer Movimiento Comunal
Campañas de denuncia y sensibilización		Casa de la Mujer Movimiento Comunal
Asesoría jurídica		Casa de la Mujer
Centro de Documentación		Casa de la Mujer
Atención Médica		Casa de la Mujer
Recepción de denuncias	Policía	Casa de la Mujer
Juicios	Juez	
Consejería pastoral, pareja, maestros-as	MECD	Casa de la Mujer Iglesia bautista Movimiento Comunal
Arreglos de Paz	Juez	
Centro de Rehabilitación para Alcohólicos	Alcaldía	

Fuente : Entrevistas a Actores Sociales

GRAFICO No. 35
PRACTICAS DE ACTORES SOCIALES ANTE LA VIF:REFERENCIAS
ENTRE ACTORES SOCIALES. SAN MARCOS. NICARAGUA 1999



Fuente: Entrevistas Actores Sociales

Autoras: Clavel/Real

**Matriz 14. Capacitación en VIF que recibieron Actores sociales.
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Capacitación sobre Ley 230 solamente. Falta capacitación al personal de la Alcaldía. Casa de la Mujer ha sido la principal agente de capacitación. La capacitación es indispensable para dar respuestas eficientes.
Casa de la Mujer	Han recibido e impartido capacitación a otros actores sociales. Los temas han sido fundamentalmente jurídicos y de Defensoría popular. La Red de Mujeres contra la Violencia y la CODENI han sido sus principales capacitadores.
Juez	El juez es el único que ha sido capacitado en ley 230. Todo el personal no tiene capacitación y se considera fundamental para dar una respuesta a los casos en el juzgado. Realizan entrega de material de la Red de Mujeres contra la Violencia, entregado por la Casa de la Mujer de San Marcos.
Ministerio de Educación	Solamente de la Casa de la Mujer han recibido alguna capacitación sobre VIF y abandono de la niñez.
Movimiento Comunal	Los promotores han recibido mayor número de capacitaciones, específicamente sobre la Ley 230 por parte de la Casa de la Mujer.
Pastor Bautista	Nunca han recibido capacitación sobre VIF.
Policía	No han recibido ningún tipo de capacitación sobre VIF.

Fuente; Entrevistas a Actores Sociales

**Tabla No.26.Capacitación de Actores Sociales en VIF
San Marcos. Nicaragua 1999**

Componentes del Diagnóstico de Capacitación n= 7	%
Los actores sociales expresaron que sobre VIF la capacitación que han recibido ha sido exclusivamente sobre la Ley 230.	71
Algunos de ellos manifestaron no haber recibido ningún tipo de capacitación sobre el tema de VIF. Entre ellos está la policía y el pastor evangélico.	29
Manifestaron que las capacitaciones recibidas en sus instituciones estuvieron dirigidas a las direcciones de las mismas .	75%
Los actores sociales manifestaron la demanda para que todo el personal de cada institución u organización que brinda el servicio a personas afectadas por VIF reciba capacitación	100 %
El mayor número de capacitaciones las ha recibido el personal de la Casa de la Mujer, y han sido las principales agentes de capacitación.	14 %

Fuente: Entrevistas a Actores Sociales.

**Matriz 15. Propuestas de Actores Sociales para mejorar la Atención a personas que viven VIF .
San Marcos. Nicaragua 1999**

ACTORES SOCIALES	RESULTADOS
Alcalde	Proceder a la implementación de Leyes que den respuesta al problema VIF. Realizar educación a la población y a las instituciones con seminarios.
Casa de la Mujer	Capacitación al personal de las instituciones que trabajan con el problema VIF. Establecer coordinación intersectorial. Capacitar sobre leyes y su aplicación.
Juez	Realizar capacitación al personal para mejorar la atención a las personas que demandan apoyo en el juzgado. Hacer divulgación y publicidad. Conformar comisiones de trabajo.
Ministerio de Educación	Realizar Capacitación. Preparar al personal con material educativo. Desarrollar "Escuelas para Padres y Madres". Lucha contra el desempleo. Campañas contra el alcohol y las drogas.
Movimiento Comunal	Realizar capacitación a miembros del Movimiento. Establecer coordinaciones interinstitucionales. Proyecto Sarem apoye coordinaciones.
Pastor Bautista	Realizar capacitación a los diáconos. Establecer comunicación adecuada entre las familias. Conformar consejerías.
Policía	Realizar capacitación, con intercambio de experiencias de las diferentes instituciones. No solamente entrega de material sobre VIF.

Fuente: Entrevistas a Actores Sociales

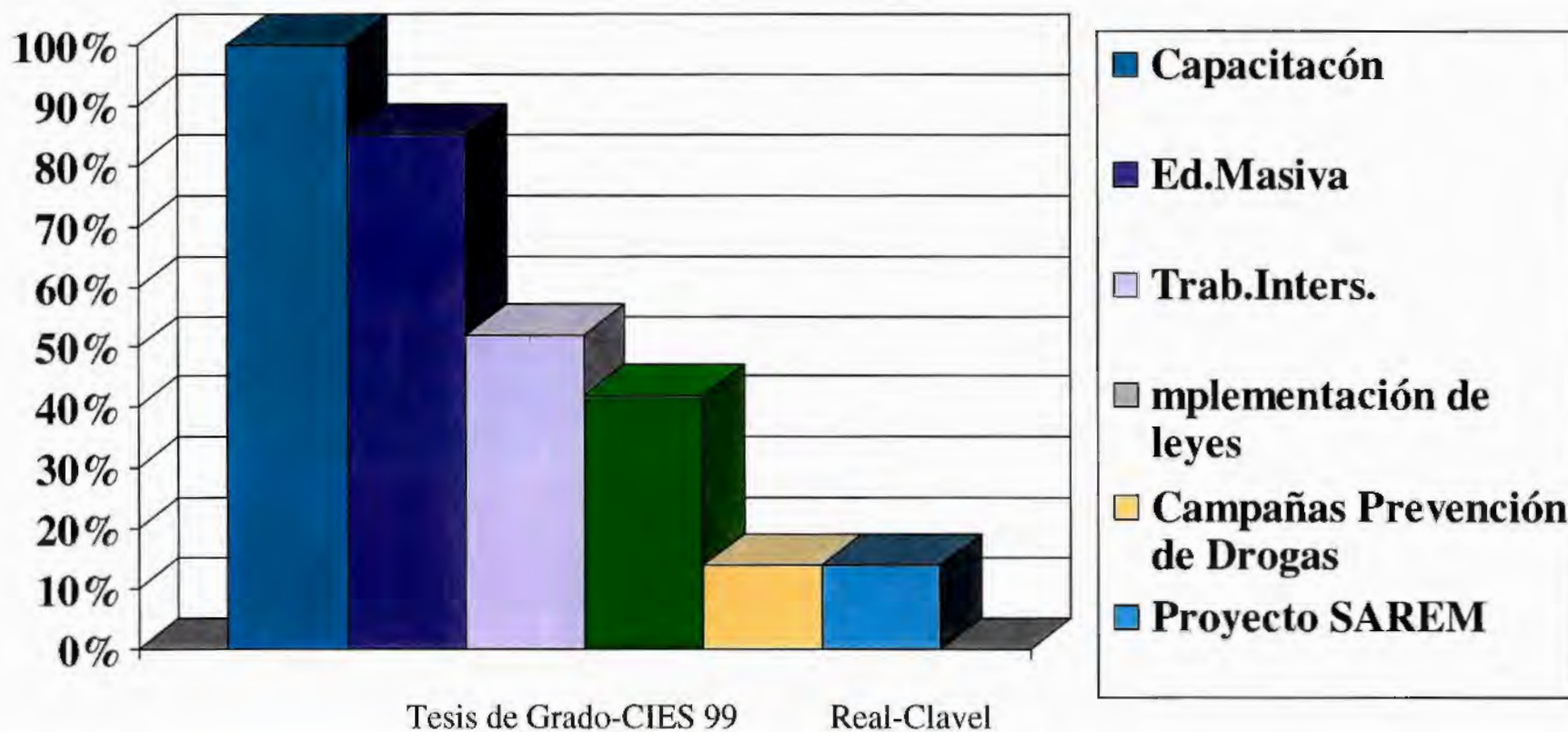
**Tabla 27. Propuestas de los Actores Sociales ante el Problema de la VIF.
San Marcos . Nicaragua 1999**

Tipos de propuestas	%
Capacitación, con todos los temas que aborda la VIF, como una herramienta que asegurará la formación del personal y por tanto la adecuada atención a la población frente al problema VIF.	100
Educación masiva a la población para mostrar la gravedad de la VIF y sus implicaciones en la salud de la población	85
Trabajo intersectorial con planes específicos para enfrentar un problema que es responsabilidad de toda la sociedad.	52
Implementación, aplicación y divulgación de las leyes relacionadas con la VIF	42
Campañas de lucha contra las drogas, el alcohol y la pobreza como causa de la VIF	14
El proyecto Sarem fue considerado como un agente para apoyar la coordinación debido a su iniciativa frente a la VIF.	14

Fuente : Entrevistas a Actores Sociales.

Gráfico No.36

Propuestas de Actores Sociales ante Problema de la VIF. San Marcos, Nicaragua, 1999



ANEXO 11

LISTADO DE ACTORES SOCIALES ENTREVISTADOS SAN MARCOS. Nicaragua. 1999

NOMBRE	INSTITUCIÓN	CARGO
Mario Castro Baltodano	Policía	Jefe Policial
Julio Cuadra	Iglesia Bautista	Pastor
Giovanni Galán	Juzgados	Juez
Pablo González Tapia	Alcaldía	Alcalde
Eduardo Martínez	Movimiento Comunal	Coordinador
Yolanda Paladino	Casa de la Mujer de AMNLAE	Coordinadora
Orlando Sánchez	MECD	Técnico

LISTADO DE INFORMANTES CLAVE ENTREVISTADAS. San Marcos Nicaragua .1999

Nombres	Institución	Cargo
Karla Aburto	MINSA Nacional	Directora Atención Integral Mujer
Olga Sánchez	SILAIS Carazo	Responsable Programa Atención Integral Mujer, Niñez y Adolescencia
Auxiliadora Jiménez	MINSA San Marcos	Directora Municipal
Brenda Consuelo Ruiz	UPOLI Managua	Asesora Salud Mental Escuela de Enfermería

ANEXO No. 12

ENTREVISTA (VIF) PARA PERSONAL DE SALUD. MUNICIPIOS PILOTOS.

FECHA: UNIDAD DE SALUD

Encierre en un círculo las respuestas que usted desee. En todo el cuestionario usamos la @ para incluir a hombres y mujeres.

1. **Edad**
2. **Sexo :** mujer hombre
3. **Profesión :**
 - a. Médic@
 - b. Enfermera
 - c. Sicólog@
 - d. Auxiliar enfermería
 - e. Adminisstrativ@
 - f. Trabajadora
 - g. Otra
4. **Cargo que ocupa en la unidad de salud**
 1. Director@
 2. Subdirección
 3. Jefa de enfermería
 4. Responsable de atención a la mujer y la niñez
 5. Responsable docencia
 6. Otro
5. **Defina con sus palabras que entiende usted por *Violencia Intrafamiliar*.**

.....
6. **¿Ha recibido talleres acerca de la violencia intrafamiliar (VIF) ?**

si no (pasa a la 13)
7. **¿De qué temas le hablaron?**

.....
8. **La persona que impartió estos cursos es:**
 - a. Personal de salud del Minsa
 - b. Actor social de alguna ONG de su territorio
 - c. Promotor@ de salud de la comunidad
 - d. Otro

9. **¿Ha reproducido la información que recibió?: si no**

10. **Si reprodujo usted la información ¿ a quién lo hizo ?:** (si no pasa a la 13)

- a. Otro personal de salud
- b. Población de la comunidad
- c. Personal de algún organismo
- d. Otro

11. **¿Ha recibido algún material didáctico o infomativo sobre la violencia intrafamiliar**

si no (pasa a la 15)

12. **¿De qué organizaciones o grupos ?**

13. **¿Cree usted que la VIF es un grave problema de salud en Nicaragua?**

si no

14. **Explique por qué:**

.....

15. **¿Cree usted que el MINSA debería actuar en este tema?**

si no

16. **Si usted recibe a una usuaria en su consulta con señales de maltrato evidente, ¿le pregunta qué le pasó? Escoja la respuesta que más se acerque a su realidad.**

- a. Siempre pregunto
- b. Algunas veces pregunto
- c. Nunca pregunto

17. **¿Por qué cree que el personal de salud no pregunta a las mujeres, adolescentes y niñas, que acuden a los servicios si viven violencia intrafamiliar ?**

.....

18. **¿Cuáles cree que son los motivos principales que tienen las víctimas de violencia intrafamiliar para no hablar de este tema en las consultas de las unidades de salud?**

.....
.....

19. **Cuando detecta en su consulta una mujer o niñ@ que está viviendo violencia intrafamiliar, ¿qué hace usted?**

.....

20. **En los casos en que usted refiere víctimas de VIF, ¿a dónde lo hace? (puede señalar más de una respuesta):**

- a. Casas de la Mujer
- b. Policía
- c. Comisaría de la Mujer y la Niñez, cuál
- d. Fonif
- e. Equipo de salud mental del MINSA
- f. Otro, especifique

21. **¿Qué dificultades considera tiene en su unidad de salud para atender a las personas víctimas de VIF? (puede señalar más de una respuesta)**

- a. No sé como abordar esos casos
- b. Falta de privacidad en la unidad
- c. No hay personal capacitado para atender estas situaciones
- d. No hay orientaciones para la atención a estos problemas.
- e. No sabemos dónde referir
- f. Otras, especifique:.....

22. **¿De qué temas acerca de la violencia intrafamiliar (VIF) le interesaría recibir capacitación?. Mencione los que considere más importantes:**

.....

23. **¿En su unidad de salud, se registran las consultas a personas víctimas de VIF?**

si no (pasa a 32)

18. **¿Cuáles cree que son los motivos principales que tienen las víctimas de violencia intrafamiliar para no hablar de este tema en las consultas de las unidades de salud?**

.....
.....

19. **Cuando detecta en su consulta una mujer o niñ@ que está viviendo violencia intrafamiliar, ¿qué hace usted?**

.....

20. **En los casos en que usted refiere víctimas de VIF, ¿a dónde lo hace? (puede señalar más de una respuesta):**

- a. Casas de la Mujer
- b. Policía
- c. Comisaría de la Mujer y la Niñez, cuál
- d. Fonif
- e. Equipo de salud mental del MINSA
- f. Otro, especifique

21. **¿Qué dificultades considera tiene en su unidad de salud para atender a las personas víctimas de VIF? (puede señalar más de una respuesta)**

- a. No sé como abordar esos casos
- b. Falta de privacidad en la unidad
- c. No hay personal capacitado para atender estas situaciones
- d. No hay orientaciones para la atención a estos problemas.
- e. No sabemos dónde referir
- f. Otras, especifique:.....

22. **¿De qué temas acerca de la violencia intrafamiliar (VIF) le interesaría recibir capacitación?. Mencione los que considere más importantes:**

.....

23. **¿En su unidad de salud, se registran las consultas a personas víctimas de VIF?**
? si no (pasa a 32)

24. **Escriba en este espacio sus comentarios y sugerencias sobre lo que espera de la institución MINSA en relación a la violencia intrafamiliar :**

.....

**CUESTIONARIO SOBRE PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS EN
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

1. ¿En qué piensa usted cuando escucha la expresión violencia intrafamiliar?
.....
2. ¿Qué formas de Violencia Intrafamiliar (VIF) conoce?
.....
3. ¿Alguna vez le han explicado qué es la violencia intrafamiliar (VIF)?
si no (pasa a la 5)
4. ¿Quién?
5. ¿Alguna vez ha recibido algún material (folleto, revista, etc) que hable sobre VIF ?

si no (pasa a la 7)
6. ¿De qué organizaciones o grupos? _____
7. ¿A qué personas cree Ud que les ocurre más la violencia intrafamiliar ?
.....
8. ¿Existen muchas personas que viven violencia intrafamiliar en su barrio o comunidad? si no
9. ¿Cuáles cree que son las formas con las que algunas personas en las familias (papá, padrastro, tío, hermano,...) ejercen la violencia hacia las mujeres ?
.....
10. ¿Por qué cree que en las familias se dan esas manifestaciones de violencia intrafamiliar?
.....
11. ¿Cree Ud que se puede evitar la violencia intrafamiliar? si no (pasa a la 13)
12. ¿Cómo?.....

13. ¿Si Ud o alguna persona amiga necesitara ayuda por violencia intra familiar, donde iría?:

- a. Centro de Salud
- b. Comisaría de la Mujer y la Niñez
- c. Casa de la Mujer
- d. Policía
- e. Algún familiar
- f. Ninguna parte
- h. No lo sé
- i. Otros

14. ¿Por qué elegiría ese sitio(s) ?

.....

15. ¿Cree que el personal (médico/ a, enfermera, psicóloga, trabajadora social) del Centro de Salud, pueden ayudar a una persona que es víctima de violencia intrafamiliar?

si no

16. ¿Por qué?.....

17. ¿Alguna vez Ud o alguna persona amiga ha buscado ayuda en el centro de salud a causa de la violencia intrafamiliar?

si no (sáltese la 19)

18. ¿Por qué ?

19. ¿Cómo la atendieron?

- a. me orientaron y escucharon
- b. no me escucharon
- c. me maltrataron
- d. no me dieron respuesta
- e. no sabían qué hacer
- f. me refirieron a la
- g. me refirieron a otros servicios
- Policía
- g.1. sicóloga g.2. Casa de la
- mujer
- h. otra

20. ¿Ha sufrido o estás sufriendo violencia intrafamiliar? si no pase a la 21

21. **¿De qué tipo ?**

- a. violencia sexual b. violencia física c. violencia emocional
- d. violencia física v emocional
- e. los tres tipos de violencia
- f. otra

22. **¿Necesita ayuda en estos momentos ?** si no

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

23. **Edad (en años cumplidos)**

24. **Sexo** Mujer Hombre

25. **Estado Civil :**

- a. soltera b. casada c. unión de hecho d.separada e. viuda f. otro

26. **¿Tiene hijos o hijas ?** si No (pasa a la 27)

27. **¿Cuántos hijos tiene? ¿Cuántas hijas tiene?**

28. **Estudios realizados**

29. **Profesión**

30. **¿Trabaja en la actualidad con sueldo ?** si No (final encuesta)

31. **¿En qué trabaja?**

GRACIAS POR SUS CONTESTACIONES

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD A ACTORES SOCIALES
ESTATALES Y DE LA SOCIEDAD CIVIL

NOMBRE PERSONA _____ INSTITUCION _____

CARGO _____ ESTUDIOS _____

EDAD _____ SEXO: M F MUNICIPIO _____

TELEFONO _____ FAX _____

DIRECCION INSTITUCION _____

DIRECTOR(A) _____

1. Qué opinión tiene respecto a la violencia intrafamiliar (VIF) ?

.....
.....

2. A quién cree que afecta más dentro de su comunidad ?

mujeres adultas
mujeres adolescentes y jóvenes
niñez
niñas
adolescentes y jóvenes de ambos sexos
otros

3. Qué acciones realiza su organización o institución para atender a las personas que viven situaciones de VIF ?

atención médica
terapia individual
grupos de apoyo
acompañamiento con defensoras populares
capacitación
juicios
campañas de denuncia y sensibilización
nada

atención forense
terapia grupal
grupos de autoayuda

a quienes _____

.....
.....
otras

4. sobre qué tipo de VIF reciben solicitudes ?

.....
.....

5. en los casos que Ud. refiere víctimas de VIF a dónde lo hace:

casas de la mujer policía
comisaría de la mujer y la niñez, cuál
fonif equipo de salud mental MINSA
juez otro.....

6. se coordina con otros actores sociales para resolver las demandas de VIF ?

si no(pase a la 8) por qué

.....

7. cómo se coordina ?

.....
.....

8. qué disposición tiene su organización para coordinarse ?

recursos humanos
recursos materiales
local
otros

.....

9. qué capacitación ha recibido su personal para atender estas demandas de VIF ?

tipo(charlas, talleres, temas

.....
.....

quien impartió
materiales usados
a quienes
otro

.....
.....

Clavel y Real .

ANEXO 13

GLOSARIO

ABORDAJE : Aproximación o acercamiento a una situación o problema.

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CODENI : Coordinadora Nicaragüense de ONGs que trabajan con la Niñez y la Adolescencia.

CRISIS : Una situación temporal de desequilibrio, de emergencia, un período de alto riesgo físico y psicológico (Claramunt- OPS 1998)

DEFENSORAS POPULARES : son mujeres líderes comunitarias capacitadas, que acompañan a las mujeres víctimas y sobrevivientes de VIF a diferentes trámites legales como poner denuncias en la policía, juez, forense.

INIM : Instituto Nicaragüense de la Mujer

INTERVENCIÓN EN CRISIS : es la atención de personas en crisis , cuando hay presencia de violencia conyugal, constituye uno de los recursos fundamentales del proceso de ayuda. Es el primer escalón de una serie de servicios dirigidos a las seguridad y protección de la vida humana (Claramunt- OPS 1998)

MECD : Ministerio de Educación Cultura y Deporte

OPS : Organización Panamericana de la Salud

SOBREVIVIENTE es una persona en proceso de sobrellevar un abuso sufrido en el pasado. Ser sobreviviente implica dejar de ser víctima y estar viviendo un proceso continuo y permanente de recuperación de todos los daños sufridos. (La Boletina especial .1998)¹

VÍCTIMA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR : se usa para una persona que en la actualidad está sufriendo abuso y que se siente impotente para buscar o encontrar salida. (La Boletina especial .1998)

¹ Quisiera que me entendieran : Entrevista a Zoilamérica Narvaez. La Boletina especial .Nicaragua Octubre 1998.