

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

SEDE TLALPAN

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CON ÁREA DE CONCENTRACIÓN EN CIENCIAS SOCIALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Diseño de una estrategia de capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud en la Delegación Gustavo A. Madero.

**Proyecto Terminal Profesional (PTP)
Que en cumplimiento parcial para obtener el grado de Maestro en Salud Pública**

Presenta:

Dr. Gerardo García Ruiz

Directora:

Dra. Cristina María Herrera

Asesora:

Mtra. Aurora del Río Zolezzi

México, D. F., Junio de 2011

Agradecimientos

Dra. Cristina María Herrera

Dra. María de la Luz Arenas Monreal

Dra. Aurora del Río Zolezzi

Dra. Rosario Valdez Santiago

Mtra. Claudia Gómez Lule

Dr. Adalberto Javier Santaella Solís

Patricia Moreno Flores

Octavio Vergara Domínguez

Celia Elizondo Olascoaga

Hugo Maceda Mercado

Verónica Xochimitl

Eduardo del Ángel

Sandra Luz Zepeda Correón

Soledad Pérez Velázquez

Adriana Ulloa

A mi madre, padre, hermanas y hermanos

A mis compañeras y compañeros de trabajo por el apoyo

Y un especial agradecimiento por todo el tiempo y apoyo proporcionado por dos grandes amigos Lilia Flores Ramírez y Eduardo Bautista López

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. ANTECEDENTES.....	11
2.1 Violencia desde las perspectivas de género y social.....	11
2.2 Panorama Epidemiológico de la Violencia	13
2.2.1 Panorama Internacional.....	13
2.2.2 Magnitud de la Violencia en México	15
2.3 Acciones emprendidas.....	16
2.3.1 Avances a nivel internacional	16
2.3.2 Avances en México	16
2.4 Prevención y Atención de la Violencia Familiar	17
2.5 Vigilancia Epidemiológica.....	18
2.6 Derechos Humanos y Violencia	19
2.7 Violencia - Marco Jurídico.....	19
2.7.1 Tratados Internacionales.	19
2.7.2 Leyes, reglamentos, normas, acuerdos y manuales:	19
2.7.3 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.....	20
2.7.4 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.	21
3. MARCO CONCEPTUAL.....	22
3.1 Clasificación de la violencia	22
3.1.1 Violencia familiar	22
3.1.2 Violencia contra las mujeres	22
3.1.3 Tipos de Violencia	22
3.2 Modelo Ecológico	25
3.3 Factores de riesgo	26
3.4 Ciclo de la Violencia.....	27

3.5 Signos y Síntomas	29
3.5.1 Indicadores de Violencia.....	29
3.5.2 Efectos sobre la salud	29
3.5.3 Impacto de la violencia.....	31
3.5.3.1. Costos directos e indirectos de la violencia	31
3.6 Importancia de la capacitación en las y los proveedores de los Servicios de Salud	32
3.6.1 Experiencia internacional	32
3.6.2 Información en el nivel nacional	34
3.6.2 .1 Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006	34
3.6.2 .2 Otros estudios en México.....	36
3.7. Utilidad de los Modelos Teóricos para la Modificación del Comportamiento aplicados al área de la Salud Pública	39
3.7.1 Teoría Social Cognitiva	39
3.7.2 Teoría del Aprendizaje Significativo	44
3.8 Técnicas didácticas y dinámica grupal para el Aprendizaje Significativo	47
4. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN	50
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	51
5.1 Análisis de la alternativa de solución propuesta.....	52
6. JUSTIFICACIÓN	54
6.1 Identificación de la estrategia de capacitación	55
7. OBJETIVOS	56
7.1 Objetivo general	56
7.2 Objetivos específicos	56
8. METAS	56
9. ESTRATEGIAS	56
9.1. Actividades o acciones generales.....	57
9.2 Actividades o acciones específicas	58

10. LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO	58
11. APOYO A PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS.....	59
12. COMPONENTES GENERALES DEL PROYECTO	60
13. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD	66
13.1 Factibilidad de mercado	66
13.2 Factibilidad técnica	67
13.3 Factibilidad financiera y costos.....	69
13.4 Factibilidad administrativa.....	72
13.5 Factibilidad política, social y legal.....	73
14. PLAN DETALLADO DE LA EJECUCIÓN	75
14.1 Programación detallada.....	75
14.1.1 Lineamientos de la capacitación	77
14.1.2 Sesiones y temáticas.....	79
14.1.3 Carta Descriptiva.....	80
14.1.4 Estimación de recursos	84
14.1.5 Organización	85
14.1.6 Actividades puntuales a desarrollar	87
14.2 Diseño del sistema de control	88
14.3 Diseño del sistema de evaluación	89
15. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	92
16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	96
17. ANEXOS	103
17.1 Técnicas Didácticas (descripción)	103
17.2 Formato para el registro del personal asistente	122
17.3 Formato de la prueba diagnóstica inicial y final	124
17.4 Formato de autoeficacia para atención en casos de violencia.....	126
17.6 Formato de lista de asistencia.....	132

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad elaborar una propuesta de capacitación y sensibilización al personal médico y de salud en la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género. A partir de un diagnóstico de salud realizado en la comunidad de Santa Isabel Tola ubicada en la delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal, se halló que su principal problemática en salud son las enfermedades crónicas degenerativas, pero las personas mencionaban también un problema de índole social: saben que su comunidad tiene problemas de inseguridad y violencia. De ahí surge la pregunta: ¿cuántas de estas enfermedades degenerativas, a pesar de la atención médica y tratamiento medicamentoso no presentan mejoría o incluso se complican?, ¿cuánto una situación de violencia social y por ende familiar como el maltrato infantil que menciona la comunidad como otro de sus principales problemas, puede afectar de manera sustancial en las enfermedades o en los tratamientos de las personas que acuden a la atención médica?, con la consideración de que entre los programas prioritarios de las unidades de salud de esta comunidad se encuentra el Programa de Violencia Familiar y de Género.

A pesar de que la violencia ha sido un problema sufrido por la humanidad a lo largo de la historia, es hasta épocas recientes que se empieza a visualizar dentro de las políticas públicas a nivel mundial y se inician acciones para su abordaje; es en este sentido que a principios de la década de los años setenta los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá empezaron a considerar la violencia familiar como un grave problema de orden social y en Europa se emprendieron acciones para prevenirla.(1) Si bien la violencia se ejerce de muchas maneras y sus consecuencias se manifiestan en daños de diversa índole, todos los actos violentos ya sea entre personas, grupos, comunidades o países, tienen en común el objetivo del sometimiento y el control de la otra parte, es decir, el ejercicio del poder mediante la fuerza.(2) Y cuando hablamos de sus causas el problema se vislumbra más complejo ya que la violencia no se puede atribuir a una sola causa, es un problema que obedece a factores sociales, psicológicos, legales, y culturales. Siendo así, que para su atención existen múltiples corrientes y perspectivas de abordaje y, para este trabajo, se ha considerado el modelo ecológico como uno de los que mejor aborda el problema desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla una persona, ya que ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores. De acuerdo con este modelo, los factores que influyen en la probabilidad de experimentar o cometer violencia interactúan en cuatro niveles: individual, familiar/relacional, comunitario y de la sociedad. (2)

Muchos problemas de salud física, mental, sexual y reproductiva, y de salud materna se deben a la violencia contra las mujeres(3) por lo que desde el área de la salud en los niveles internacional y nacional se están implementando acciones para atenderla y prevenirla. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud define la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Desde 1996 la 49a Asamblea Mundial de la Salud declaró que la violencia es un importante problema de salud pública en todo el mundo. Asimismo pidió emprender actividades de salud pública para abordar y resolver este problema. (4)

Sabemos que cualquier miembro de la familia puede ser susceptible de sufrir agresiones por parte de otro, no obstante hay suficientes evidencias que muestran que las mujeres, las niñas y los niños, la población discapacitada, adulta mayor de 60 años, indígena y las minorías sexuales, son más vulnerables a la violencia debido a la posición de subordinación que ocupan en la sociedad. (2)

La existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres expresadas en opresión, injusticia, subordinación y discriminación, mayoritariamente hacia las mujeres por los roles de género aprendidos en nuestra sociedad son una explicación de la violencia contra las mujeres

El Fondo de Naciones Unidas para la Mujer afirmó que la violencia contra las mujeres, en cualquiera de sus formas, a lo largo del ciclo de vida y tanto en el ámbito público como privado, constituye una violación de sus derechos humanos y por las graves implicaciones que tiene para ellas, debe ser considerada una prioridad de salud pública.”(5)

En este sentido, Aurora del Río refiere que *“la principal virtud de cualquier sociedad es su sistema perdurable de redes institucionalizadas que incide directamente en las acciones de los individuos, entre ellas la prevención de comportamientos antisociales y violentos. La presencia o ausencia de estos atributos comunitarios, así como su intensidad, modifican la calidad de vida de la comunidad.”*(6) Y es dentro de esas redes donde encontramos a los servicios de salud; en ellos se reconoce que el personal de salud está con frecuencia entre los primeros que tratan con personas en situación de violencia, tienen una capacidad técnica especializada y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a quienes se encuentran expuestas/os a ese riesgo. (6)

Algunos estudios han mostrado que el personal médico y de salud desconoce algunos de los procedimientos de detección y atención de la violencia familiar y de género, y no suele contar con asignaturas en la materia en su formación universitaria, ni con programas de capacitación en

violencia en su práctica profesional. Lo cual se ve reflejado en una deficiente atención a los casos de violencia en los servicios de salud. (7)

La violencia como problema de salud pública demanda políticas en la materia que impulsen la aplicación de las leyes y normas para su prevención y atención colocando al personal de los servicios de salud en una posición incómoda, ya que los mueve a explorar problemáticas que años atrás no consideraba como propios, no digamos como individuos, sino como profesionales de la salud que requieren responder a diversas problemáticas, entre ellas la violencia. Así lo expresa Cristina Herrera en su libro *Invisible al ojo clínico*(8) donde comenta que las adicciones, ciertos desórdenes mentales, la sexualidad y muchas otras cuestiones que fueron antes objeto de la moral pasaron al dominio médico sometiendo al individuo a nuevos análisis y que dentro de sus hallazgos al entrevistar a personal de salud acerca del tema de violencia -en lugar de escudarse en la frase “no es de su competencia”-, manifiestan que les gustaría conocer al respecto, para saber cómo actuar; además de obtener información sobre otros temas sociales.

Es claro que necesitamos profesionales de la salud que sean sensibles a las manifestaciones de la violencia familiar y de género y, como hemos visto, requieren capacitación para poder proporcionar atención adecuada y adquirir conocimientos que ayuden a reducir las barreras para poder lograr que las usuarias pregunten sobre temas relacionados a la violencia y puedan solicitar ayuda, así como desarrollar las habilidades para manejar situaciones de crisis y comprender la relevancia de la violencia de pareja como problema de salud pública.(9)

El presente documento propone una estrategia de capacitación al personal del centro de salud de la comunidad de Santa Isabel Tola localizada en la Delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal, esto como parte de las acciones a realizar posterior a la elaboración de un diagnóstico de salud en dicha comunidad; el cual mostró que la violencia y el maltrato son uno de los problemas que la población percibe con mayor frecuencia. Sabemos que se ha estado atendiendo el problema y cumpliendo hasta donde es posible con las metas e indicadores solicitados por las instituciones, aunque no se vea reflejado el impacto de dichas acciones. Pablo Méndez y Rosario Valdés en investigaciones realizadas en materia específica de la violencia señalan que el personal de salud tiene creencias y actitudes que obstaculizan la detección y atención de usuarias y usuarios que viven violencia y acuden a las unidades de salud, lo cual se puede explicar por el desconocimiento sobre el tema, ya que en la mayoría de los casos no estuvo incluido en su formación profesional además de que la capacitación que recibieron fue nula o pobre sobre la violencia y en ocasiones no es de los que más les interesan, aunado a la gran carga de trabajo que normalmente tienen, además del poco interés mostrado en ocasiones por algunas autoridades de las instituciones, para capacitar y sensibilizar al personal. (7)

Por ello sugiero modificar los métodos tradicionales de capacitación al personal de salud principalmente médico, que impacten en la actitud .De ahí que, dando respuesta a la Ley general de acceso a una vida libre de violencia y a lo citado en la NOM-046 que establecen como obligación la capacitación del personal de salud, este trabajo se suma a las acciones coordinadas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) de la Secretaría de Salud para la detección y atención de estos casos.

2. ANTECEDENTES

La violencia es un grave problema que se encuentra en hogares, las calles, las escuelas y en los centros de trabajo. En un mundo cada vez más globalizado los medios de comunicación juegan un papel fundamental al mostrarnos todos los días imágenes o descripciones de hechos violentos en tiempo real, lo cual contribuye a la insensibilización y en ocasiones a naturalizar el problema. Además, no respeta contextos geográficos, políticos y culturales, condición económica, edad, etnia y sexo. También es importante mencionar que los diferentes contextos históricos sociales marcan y determinan lo que es o no considerado como violencia; es así que la aceptación, tolerancia o sanción de las conductas violentas varía de una sociedad a otra y se modifica en el tiempo, al modificarse las creencias y los valores. (2)

2.1 Violencia desde las perspectivas de género y social

Al observar la violencia desde la perspectiva de género y social encontramos que las construcciones sociales que se han realizado sobre hombres y mujeres a través de la historia, han tomado como referencia la diferencias biológicas entre ambos sexos y se han cristalizado en roles, actividades, actitudes, comportamientos e ideas claramente diferenciadas por sexos. (10) Estas diferencias enfatizan un enfoque patriarcal, que ha favorecido la concepción y práctica de dominio por parte de los varones. (11) En este sentido, el poder ha sido un elemento que juega un papel importante en las relaciones interpersonales y de pareja y que en esta última ha sido atribuido principalmente a los hombres, ya que mientras ellos aprenden a identificar las formas en que pueden adquirir, desarrollar y enfatizar el poder, o simplemente cómo mantenerlo, a las mujeres se les educa para aceptarlo. (12)

Es así que a lo largo de la historia se ha buscado cambiar estas creencias y patrones de comportamiento y en ocasiones se ha tenido que pagar un costo muy alto, como sucedió con Olimpia de Gouges activista que durante la revolución francesa escribió la Declaración de los Derechos de la Mujer y la Ciudadana en 1791 y que afirmaba que la "mujer nace libre y debe permanecer igual al hombre en derechos" ésta, entre otras declaraciones provocaron su encarcelamiento y ejecución. (13.)

Y no es sino hasta los años setenta cuando en Estados Unidos comenzarían a observarse las acciones de grupos feministas principalmente centrados en la violencia sexual, para posteriormente extenderse más allá de la violencia sexual y llegar al ámbito familiar. (8)

En este contexto "La OPS utilizó inicialmente el término "violencia intrafamiliar" en los primeros días de su labor en esta área, pero luego cambió al empleo de "violencia basada en el género" o "violencia contra las mujeres" para referirse a una gama más amplia de actos que comúnmente sufren las mujeres y las niñas, realizados tanto por sus parejas y los miembros de la familia como por individuos ajenos a ella." (14)

Al darse cuenta que los diversos términos utilizados no eran suficientes para abarcar todas las forma y matices con que se ejerce la violencia hacia las mujeres, en los años noventa se adopta la categoría de género como herramienta conceptual necesaria para dar cuenta de todas las formas de violencia que se ejercen sobre las mujeres por el sólo hecho de serlo. (8)

Las relaciones en el ámbito familiar *se han basado principalmente en el género, pero están atravesadas por otras condiciones como la edad, la orientación sexual, la condición de salud, etc.* Es decir, socialmente existen valoraciones de cada una de esas condiciones, que determinan los derechos, las obligaciones, las conductas y en términos generales la posición o el lugar de cada persona y en función de éstas es que se tiene mayor o menor poder, se ejerce mayor o menor autoridad. (15)

2.2 Panorama Epidemiológico de la Violencia

2.2.1 Panorama Internacional

Se ha calculado que 1,6 millones de personas perdieron la vida en todo el mundo por actos violentos en el año 2000, lo que representa una tasa de casi el 28,8 por 100 000.

En todo el mundo, el suicidio cobró la vida de unas 815 000 personas en el año 2000. Más del 60% de los suicidios correspondieron a varones, y más de la mitad de las víctimas tenían entre 15 y 44 años de edad. (16)

Es de gran importancia conocer cual es la magnitud de la violencia, para ello algunos estudios han mostrado que 520 000 personas murieron en el mundo a consecuencia de la violencia interpersonal (familiar, de pareja, comunitaria) en el año 2000. Muchas veces se cree que la violencia sólo afecta a ciertos grupos sin embargo hoy sabemos que la violencia no es privativa de ningún grupo étnico, de edad o sexo, muy por el contrario afecta a cada uno de ellos en forma diferente; los estudios y encuestas han encontrado que aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5%-10% de los hombres han sufrido abusos sexuales durante la infancia. Cabe destacar que los niños y niñas se encuentran dentro de los grupos más afectado y en este sentido las cifras muestran que aproximadamente 57 000 homicidios de niños se presentaron en el año 2000. En los jóvenes la situación es diferente; en ese mismo año la violencia juvenil causó la muerte de 199 000 jóvenes que representa una tasa del 9,2 por 100 000 habitantes.

En algunos países, según los datos disponibles, una de cada cuatro mujeres señala haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja. Cientos de miles más se ven obligadas a prostituirse o son víctimas de actos violentos en otros ámbitos, como escuelas, lugares de trabajo y centros de atención de salud.(16) Por otro lado, un estudio realizado por la OMS mostró que entre un 15% y un 71% de las mujeres declararon que habían sufrido violencia física o sexual perpetrada por el marido o la pareja, y muchas mujeres expresaron que su primera experiencia sexual no había sido consentida (24% en el Perú rural, 28% en Tanzania, 30% en el Bangladesh rural, y 40% en Sudáfrica). (3)

Y en lo que a violencia extrema se refiere otros estudios demuestran que como consecuencia de violencia de pareja es común que las mujeres visiten el área de urgencias antes de morir y se ha estimado que una mujer que vive violencia de pareja, sufrirá más de 30 agresiones físicas antes de admitir que vive violencia. (17) También alrededor de 5000 mujeres son asesinadas por miembros de su familia en defensa de su honor en todo el mundo cada año. (3)

Y cuando hablamos de salud materna y perinatal se ha estimado que del 1,5% al 17% de todas las mujeres embarazadas viven violencia. (9) Además encontramos que la violencia va mas allá,

teniendo así que entre un 4% y un 12% de mujeres refirieron haber vivido violencia física durante el embarazo. (3) y se ha estudiado que durante el embarazo, la violencia de pareja puede comenzar, aumentar o incluso detenerse temporalmente. (9)

2.2.2 Magnitud de la Violencia en México

La tasa de muertes por homicidio en nuestro país en el año 2006 fue de 11.2 por cada 100 000 habitantes, según los datos encontrados por el INEGI. No obstante, es necesario destacar que la violencia familiar afecta a un grupo importante de la población, principalmente a las mujeres y a las niñas y niños; y conforme se va revelando progresivamente, afecta a otros grupos en desventaja como son las personas adultas mayores y aquellas con capacidades diferentes. (18)

En México, la magnitud de la violencia ha sido evidenciada principalmente por dos encuestas: la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM) y la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) realizadas en los años 2003 y 2006 ambas muestran la frecuencia de la violencia familiar y de género a nivel nacional. Es así que la ENVIM 2006 mostró que la prevalencia de violencia de pareja actual es de un 33.3%, y que seis de cada diez mujeres han sufrido de violencia alguna vez en la vida; también reveló la prevalencia por tipo de violencia actual: psicológica, 28.5%; física, 16.5%; sexual, 12.7%; y económica, 4.42%. (19)

La ENDIREH 2006, por su parte, estimó que la prevalencia por tipo de violencia de la actual pareja o esposo, fue de 40.2% durante el último año y de 46.7% a lo largo de la relación de pareja. (20)

Por otro lado, recientemente la Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (ENVINOV 2007), encontró que el 76% de las y los jóvenes entrevistados era víctima de violencia psicológica y que el 15% de este grupo de población había experimentado al menos un incidente de violencia física en la relación de noviazgo que tenía al momento de la encuesta, encontrando que la mayor proporción de personas que recibía violencia física, eran las mujeres. Con respecto a la violencia sexual el 16.5% de las jóvenes entrevistadas señaló haber sufrido un evento de violencia sexual por parte de su pareja. (21).

A pesar de las diferencias metodológicas, las encuestas han revelado datos muy consistentes en cuanto a la prevalencia de violencia física y sexual al interior de la pareja.

Hoy sabemos que la violencia de pareja y de género en nuestro país, por su magnitud y trascendencia, es un importante problema de salud pública aunado a eventos de violencia de género extrema como el feminicidio, que se describió inicialmente a partir de los casos de mujeres asesinadas en Ciudad Juárez.

2.3 Acciones emprendidas

2.3.1 Avances a nivel internacional

A nivel internacional se han realizado diversos avances para dar respuesta a esta problemática, como se muestra a continuación. A partir de 1975 la Organización de las Naciones Unidas empieza a promover los derechos de las mujeres. Una de las primeras medidas fue recomendar a los países integrantes la supresión de los preceptos legales discriminatorios, tal como lo establece *la Declaración para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1967*; este documento adquirió el rango de *Convención en 1978*, como una de las actividades realizadas durante el decenio de Naciones Unidas para la Mujer, ha sido ratificado por 88 países. (22)

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue adoptada el 18 de diciembre de 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Tiene como objetivo eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer, obligando a los estados a reformar las leyes vigentes a tal fin. Establece un programa de acción para poner fin a la discriminación por razón de sexo: consagrando la igualdad de género en la legislación nacional de cada país que la ha firmado, derogar todas las disposiciones discriminatorias en sus leyes, y promulgar nuevas disposiciones para proteger contra la discriminación hacia la mujer. (23)

Para 1995 entró en vigor la Convención de Belem do Pará convirtiéndose en el documento internacional más completo sobre el tema de la violencia contra las mujeres, que incluye medidas de prevención legislativas, tanto de contenido como procesales, de asistencia a víctimas y de seguimiento. Lo más importante de esta Convención es que subraya que las mujeres tienen derecho a una vida libre de violencia y que el Estado debe garantizar ese derecho en todos los espacios. (5)

2.3.2 Avances en México

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1994) y La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 1995) señalan a la Violencia Familiar como un problema de salud pública que limita el desarrollo social y económico. En México como en otros países, la Violencia Familiar atraviesa fronteras étnicas, religiosas, educativas y socioeconómicas. (24) Es por ello que nuestro país con el objetivo de atender esta problemática ha firmado diferentes acuerdos a nivel internacional, tal es el caso del compromiso adquirido con la firma de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer el 17 de julio de 1980 y ratificada el 22 de marzo de 1981 por el Senado de la República, así como la Convención Interamericana de Belem do Pará el 12 de noviembre de 1998, en la cual se comprometió a adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar la violencia.(25)

Es en nuestro país a finales de la década de los noventa cuando la incorporación de la perspectiva de género en el sector salud se sumó a un esfuerzo por promover cambios que dieron origen a relaciones más democráticas en la interacción entre hombres y mujeres. Siendo así que dentro del Programa Nacional de Salud (PRONASA) 2001-2006 se reconocieron tres retos para elevar los

niveles de salud de la población: la equidad, incluyendo la de género, la calidad y la protección financiera. Para enfrentar dichos retos se plantearon estrategias entre ellas la de *"Vincular la salud con el desarrollo económico y social" del país y, como parte de esta estrategia, la línea de acción (1.3) dedicada a promover la perspectiva de género en el sector salud*. Es así que para el desarrollo de estas acciones se diseñó el Programa de Acción Mujer y Salud (PROMSA). El cual tenía como finalidad de promover el diseño de programas de información, investigación y atención de la salud. La coordinación de programa estaba directamente vinculada con el Secretario Salud y es hasta la reestructuración general de la Secretaría de Salud en el año 2003 que se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) donde la coordinación del Programa Mujer y Salud quedó a cargo de la Dirección General Adjunta de Equidad de Género la cual depende de la Dirección General de dicho Centro. (26)

2.4 Prevención y Atención de la Violencia Familiar

Es importante mencionar que dentro del Programa de Acción Mujer y Salud (PROMSA) se plantearon objetivos, estrategias y líneas de acción para cinco componentes entre los cuales destacan la institucionalización de la perspectiva de género, salud de las mujeres y salud doméstica y comunitaria. Y dentro de las metas que fueron planteadas para el 2006 se encontraba las siguientes relacionadas directamente con la atención de la violencia familiar; cumplir con la norma para la atención de la violencia vigente para ese año; *NOM-190-SSA1-1999, "Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar"* en las Unidades de Salud.

Dentro de sus líneas de acción establecía que se deberían diseñar y evaluar modelos de prevención y atención integral de la violencia familiar y sexual. Y desarrollar, en colaboración con el Instituto Nacional de las Mujeres, estrategias y materiales educativos para capacitar al personal operativo de los servicios de salud en la detección y manejo integral de dichos casos de violencia además de sensibilizar a los directivos de las instituciones de salud sobre la importancia en la detección y atención oportuna de violencia familiar y sexual, así como en el manejo integral de estos casos, con la finalidad de promover la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-190 y proporcionar la asesoría necesaria para el cumplimiento de la misma y su difusión. Otro aspecto de gran importancia fue promover el establecimiento de programas de prevención y atención a la violencia familiar y sexual en los Servicios Estatales de Salud de acuerdo con las líneas generales previstas en el Modelo Integrado de Prevención y Atención a la Violencia Familiar y Sexual. Y un aspecto fundamental en la atención de las mujeres que viven violencia, fue el de promover el funcionamiento de refugios para ellas, sus hijos e hijas que viven en situación de violencia extrema. (26)

Como ya se menciona, se desarrolló el Modelo Integrado de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, el cual contó con tres manuales, como se describe a continuación: *"Estrategia.-Dirigido a las autoridades institucionales del más alto nivel; Planeación. Dirigido a los responsables de la coordinación de las actividades relacionadas con la prevención y atención a la violencia familiar y sexual y el Manual Operativo. Dirigido a los profesionales de la salud en contacto directo con la población usuaria que vive en violencia y que les permite llevar al terreno de la*

práctica cotidiana los ordenamientos establecidos en la Normatividad y proporciona guías de acción ante diversas circunstancias de violencia.”(25 y 18)

Fue necesario capacitar al personal de los servicios de salud en la detección, referencia y registro de mujeres en situación de violencia sobre el modelo, el cual considera como partes fundamentales la prevención y atención de la violencia, así como del derecho a una vida libre de violencia en todas las unidades de salud y la detección oportuna de casos, la evaluación del riesgo y su referencia a servicios especializados.

En este modelo, el primer nivel de atención a la violencia familiar y contra las mujeres estaba constituido por las unidades de salud de primer contacto, en las cuales se llevaba a cabo la atención esencial de la violencia mediante la detección oportuna de casos, la evaluación del riesgo y su referencia a servicios especializados. Se establecieron servicios y centros especializados como un segundo nivel de atención para las mujeres que viven en violencia severa, que requieren apoyo psicoemocional y alguna atención médica específica; en este nivel se proporcionan servicios de apoyo psicológico, orientación, evaluación de riesgo, atención médica especializada, referencia y seguimiento de las usuarias. (25 y 18)

La atención médica y psicológica especializada en la atención a la violencia familiar forma parte desde 2006 del Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud del Seguro Popular (CAUSES), como la intervención preventiva número 21 que incluye la atención psicológica, con un promedio de 10 sesiones de apoyo psicoemocional, atención médica, de trabajo social y enfermería. (27)

Por último, el tercer nivel de atención es fundamental para preservar la vida de las mujeres, sus hijos e hijas que viven en violencia extrema, estas instituciones son los denominados refugios para mujeres víctimas de violencia familiar y sus hijas e hijos, no forman parte de la Secretaría de Salud y generalmente son administrados por organizaciones de la sociedad civil y reciben subsidios para la prestación de estos servicios (25 y 18)

2.5 Vigilancia Epidemiológica

A la par de las acciones antes mencionadas, la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México que lleva la Dirección General de Epidemiología, tiene sus antecedentes desde el año 2000 en el “Informe Semanal de Casos nuevos de Enfermedades” del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE) cuando se comenzaron a notificar casos de violencia intrafamiliar con la clave Y07 (Otros síndromes por maltrato) y es a partir de 2003 cuando el padecimiento se reporta tomando en cuenta el sexo. Actualmente la Violencia Familiar reportada incluye las claves del mismo grupo de acuerdo a la CIE 10^a. (Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión); Otros síndromes de maltrato; y de estos se reportan específicamente las claves Y07.0; Por esposo o pareja; Y07.1 por padre o madre y Y07.2 por conocido o amigo. (28)

2.6 Derechos Humanos y Violencia

Con la Declaración Universal de 1948 se estableció que todos los seres humanos nacen libres e iguales por lo tanto hay un conjunto de derechos inalienables que tienen por el solo hecho de ser personas. Estas prerrogativas abarcan la vida, la integridad física, la libertad, la igualdad ante la ley, entre otras. Con base en el principio de igualdad se intenta borrar toda diferencia de clase, raza, posición social, género, religión, etc. (12)

2.7 Violencia - Marco Jurídico

A nivel internacional se cuenta con una amplia gama de convenciones, tratados y convenios que enmarcan las acciones para la prevención, atención y eliminación de la violencia familiar y de género:

2.7.1 Tratados Internacionales.

- *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, (CEDAW) ONU 1979.*
- *Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, y aprobado por la Asamblea General de la ONU en resolución 33/51, 3 de diciembre 1982.*
- *Convención sobre los Derechos del Niño. ONU 1989, ratificada por México el 21 de Noviembre de 1990.*
- *Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, ONU, 16 de diciembre de 1991*
- *Declaración de Erradicación de la Violencia Basada en Género por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1993.*
- *Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995.*
- *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en Belem Do Pará en 1995.*
- *Declaración de la Federación Internacional de la Vejez (FIV) sobre los derechos y las responsabilidades de las personas de edad en 1991.(28)*

Nuestro país ha impulsado distintas leyes, entre ellas destacamos la Ley General para la Igualdad entre mujeres y hombres, que se publicó en agosto de 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia, en febrero de 2007, en la que se atribuye al sector salud la responsabilidad de la atención médica y psicológica de las mujeres en situación de violencia. En materia de salud contamos con la NOM-046-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, la cual es una modificación y actualización de la anterior NOM-190-SSA1-1999.

2.7.2 Leyes, reglamentos, normas, acuerdos y manuales:

- *Ley General de Salud (DOF: 7-II-1984); REF. (DOF: 4 jun. 2002, 15 mayo 2003)*
- *Ley General de Igualdad entre mujeres y hombres (DOF: 2 agosto 2006)*

- *Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia. (DOF: 1 febrero 2007)*
- *Ley Federal de Derechos (31 diciembre 1981), Ref. (DOF: 4 junio, 2002)*
- *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (DOF: 29 noviembre 2006)*
- *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOF: 14-V-1986)*
- *NOM-007-SSA2-1993, Norma Oficial Mexicana para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios. (DOF: 6 ene. 1995)*
- *NOM-017-SSA2-1994. Norma Oficial Mexicana para la vigilancia epidemiológica. (DOF: 11 oct. 1999)*
- *NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención(DOF:16 abril 2009)*
- *Acuerdo por el que se establecen las Reglas para la realización de proyectos para prestación de servicios (26 marzo 2003)*
- *Acuerdo 130 por el cual se crea el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. (DOF, 05 de Septiembre de 1995)*
- *Manual de Procedimientos de la Notificación Semanal de casos nuevos; Casos Sujetos a Notificación Obligatoria. (SSA. 2006)(28)*

El artículo primero de la Constitución Política señala que todas las personas en nuestro país gozarán de las garantías que otorga la constitución sin discriminación alguna, el cuarto especifica la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, aunque el énfasis en ese precepto legal refiere la protección de la ley a la familia, por lo que el estado debe ofrecer de manera accesible a cualquier integrante receptor de violencia, una serie de recursos que le permitan vivir en un esquema de seguridad y libertad, sancionando la conducta del generador o generadores y por último el artículo 20 establece que se debe recibir asesoría jurídica; ser informado de los derechos que en su favor establece la constitución y, cuando lo solicite, ser informado del desarrollo del procedimiento penal; además la víctima deberá recibir, desde la comisión del delito, atención médica y psicológica de urgencia. (29)

2.7.3 Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

Es la más avanzada de Iberoamérica; se trata de una ley general obligatoria para toda la República Mexicana, que crea un Sistema Nacional de Prevención, Protección, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y las Niñas, así como un programa integral que distribuye claramente las competencias y obligaciones para los tres niveles del estado y los tres órdenes de gobierno, federal, estatal y municipal, que obliga al estado a garantizar la seguridad e integridad de las víctimas; incluye además todos los tipos de violencia de género: psicológica, patrimonial, económica, física, laboral, institucional, sexual y de pareja, que en conjunto constituyen la violencia

feminicida. La Secretaría de Salud y su competencia en materia de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género se establece con la publicación y entrada en vigor de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en el 2007, donde se determinaron las acciones que se deben de llevar a cabo entre la federación, las entidades federativas y los municipios para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, entre estas acciones se determinaron en el artículo 46 las facultades y competencia de la Secretaría de Salud en materia de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. (30)

Ley General de Salud y el Reglamento de la Ley General de Salud señalan en materia de atención médica, que la atención es una forma de garantizar el derecho a la protección de la salud. (2)

2.7.4 NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Tiene por objeto establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación de los casos.

Es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores públicos, social y privado.

El no cumplir con ella dará origen a sanción penal, civil o administrativa según corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables. (31)

Es importante resaltar las principales modificaciones que se le realizaron a la NOM 190 para quedar actualmente como NOM-046-SSA2-2005, la cual contempla dentro de su contenido a:

- La perspectiva de género
- El aborto médico
- La anticoncepción de emergencias

Los cuales son aspectos de suma importancia a considerar en los casos de mujeres en situación de violencia sexual.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Clasificación de la violencia

La violencia ha sido definida como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. (OMS) Se le ha clasificado como sigue:

3.1.1 Violencia familiar

Es el acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar si la relación se da por parentesco consanguíneo, de afinidad, o civil mediante matrimonio, concubinato u otras relaciones de hecho, independientemente del espacio físico donde ocurra.(NOM 046-SSA2-2005)

3.1.2 Violencia contra las mujeres

Es cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público; que tenga lugar al interior de la familia o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea o no que el agresor comparta el mismo domicilio que la mujer o que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona-(LGAMVLV - NOM 046-SSA2-2005)

3.1.3 Tipos de Violencia

- **Violencia física**
- **Violencia psicológica**
- **Abandono**
- **Violencia Sexual**
- **Violencia de Pareja**
- **Maltrato económico**

➤ **Violencia patrimonial**

- **Violencia física:** es cualquier acto que infringe daño no accidental usando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda provocar o no lesiones ya sea internas, externas o ambas.

Violencia psicológica. Es cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales conllevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima e incluso al suicidio

Abandono: Es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Violencia Sexual: Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante la coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

Violencia de Pareja: Violencia familiar en donde víctima y agresor tienen cualquiera de las siguientes relaciones: conyugue, concubina/o, novio/a, amante, así como los ex - conyugues, ex - concubinos/as, ex - novio/a, ex - amante.

Maltrato económico: al acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

Violencia patrimonial: Es cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima.

Violencia comunitaria: se produce entre individuos no relacionados entre sí y que pueden conocerse o no; acontece generalmente fuera del hogar.

Violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: violencia intrafamiliar o de pareja y violencia comunitaria.

Violencia colectiva es el uso instrumental de la violencia por personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo frente a otro grupo o conjunto de individuos, con objeto de lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

3.2 Modelo Ecológico

En el ámbito de la salud los diferentes modelos para el abordaje de las enfermedades siguen enfocados en atender la parte biológica del individuo y la atención médica se ha centrado en la parte curativa más que en la preventiva. Además, ahora sabemos que la enfermedad y la salud son los polos de un proceso en el equilibrio que por múltiples factores se puede romper y que en la mayoría de los casos este proceso solo se queda en el discurso debido a que en la práctica diaria frecuentemente minimizan los factores de riesgo que afectan al proceso salud enfermedad y sólo se atienden los signos y los síntomas, es por ello que el modelo ecológico ayuda a la comprensión integral del problema de la violencia, ya que se aborda esta problemática desde los diferentes contextos en los que se desarrolla la persona, y nos deja ver los factores que intervienen y la explican.

La probabilidad de experimentar o cometer violencia involucra varios niveles Figura 1:

El primero es el individual donde los antecedentes de la persona como las situaciones vividas en su infancia tales como eventos de violencia influyen en la conducta del individuo y por ende en sus relaciones. En el segundo encontramos a la familia en el cual observamos que son en las relaciones más cercanas a la persona como padres, hermanos, pareja, amistades donde se inician los episodios de violencia, destacando las relaciones donde es claro el control masculino de los bienes y de la toma de decisiones dentro de la familia. El siguiente nivel es la comunidad, aquí están ubicadas las instituciones y estructuras sociales y encontramos como es que los valores, los usos y costumbres además de la organización de la comunidad en ocasiones apoyan y hasta promueven el aislamiento de las mujeres, la aceptación y considerar como normal a la violencia. Por último la sociedad que envuelve al resto de los niveles incluye los factores del medio como el económico y el social, la estructuración y organización de las sociedades, así como las normas socioculturales, religiosas y a las creencias que contribuyen a crear un ambiente en el que se propicia o inhibe la violencia. (2)

Figura.1 Modelo ecológico



Figura 1 - Modelo Ecológico para comprender la violencia - Fuente: OPS/OMS, 2002

3.3 Factores de riesgo

Sabemos que la violencia es un problema de salud pública multifactorial y aunque los factores de riesgo varían, hay algunos rasgos que hacen más probable la violencia. Según la OMS podemos clasificarlos en:

Nivel individual: entre los rasgos personales asociados a un mayor riesgo de violencia encontramos a la juventud, un estatus socioeconómico bajo, una historia de maltrato y de uso de sustancias y, en el caso de la violencia de pareja, el tipo de compañero elegido.

Entre los aspectos que deben ser considerados en la pareja y que hablan de riesgo para las mujeres, tenemos al consumo de alcohol y drogas, un bajo nivel educativo, una actitud negativa hacia las mujeres, así como el haber presenciado actos de violencia doméstica contra mujeres o de haber sufrido malos tratos en la infancia.

En lo que concierne al ámbito familiar, el riesgo de violencia aumenta con los conflictos de pareja, el ejercicio del poder que deriva en dominación del varón, problemas económicos y conflictos familiares.

En el caso de la comunidad, la desigualdad relacionada con las ideas ligadas al género o la falta de unión de la población en la comunidad o de recursos, aumenta el riesgo de vivir violencia.

Por último en la sociedad el nivel de riesgo es más elevado y se da con creencias y normas tradicionales sobre los roles de género o donde las mujeres se encuentran con falta de autonomía

y/o con una legislación restrictiva a la propiedad y la herencia de bienes; finalmente en los casos de desintegración social el riesgo se da por conflictos o desastres. (3)

En el caso específico de la violencia contra las mujeres, diversos estudios han mostrado que la percepción de la violencia está enmarcada por creencias culturales de lo que es “normal” en una relación de pareja. Por ello es importante saber que existen variaciones entre las diferentes culturas en cuanto a la frecuencia y severidad de la violencia contra las mujeres, y reconocer lo que es tolerado y lo que es reprobado en cada sociedad. (9)

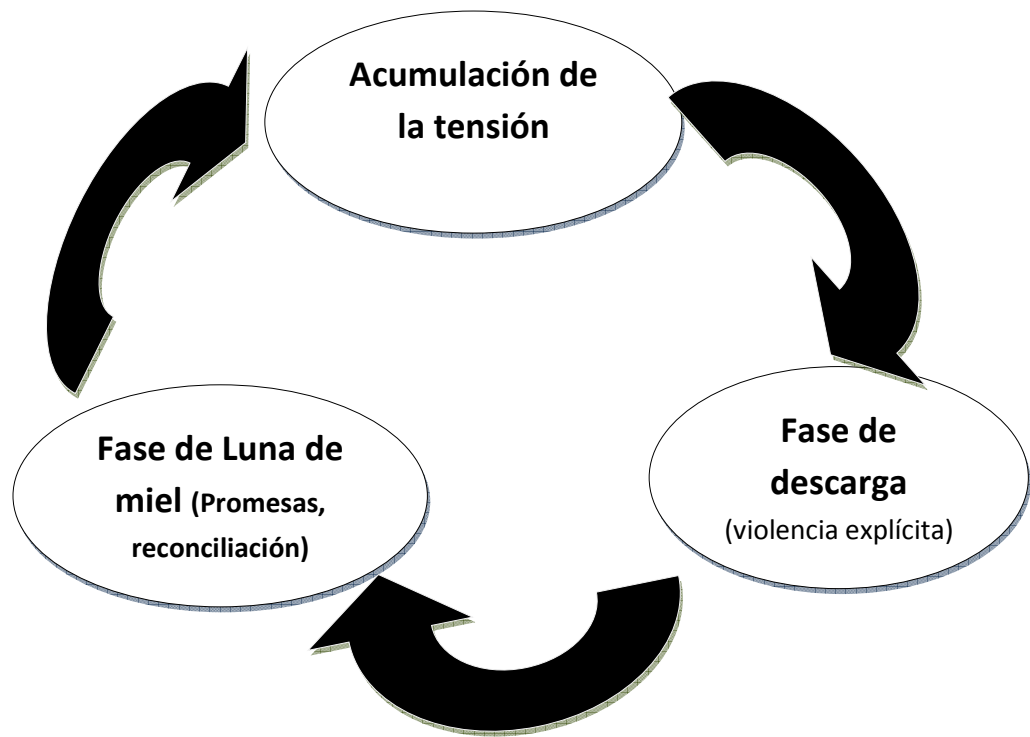
Es importante resaltar que las mujeres están en riesgo de violencia, independientemente del nivel socioeconómico, raza, orientación sexual, edad, etnia, estado de salud y la presencia o ausencia de pareja actual y que las mujeres inmigrantes o refugiadas, lesbianas, indígenas, con discapacidades pueden tener más barreras para exponer la violencia, que las mujeres de la población en general; por ende estas variaciones podrían provocar en algunas mujeres mayor dificultad para entender sus experiencias de violencia de pareja y buscar ayuda. (9)

3.4 Ciclo de la Violencia

Lenore Walker estudió el ciclo de la violencia, para comprender el fenómeno de la violencia en las relaciones de pareja y por qué las mujeres permanecen en este tipo de relaciones, describiendo tres fases: acumulación de tensión, episodio agudo o descarga aguda de la violencia y luna de miel reconciliatoria.

En la fase de la acumulación de la tensión encontramos las situaciones de violencia en donde frecuentemente hay diferencias y situaciones de enojo en la pareja que en ocasiones no se les da importancia pero lleva a que en una forma ascendente se molesten y discutan. Por otro lado, la fase de la descarga aguda de la violencia es considerada la más corta; en esta se saca o descarga en forma abrupta la tensión acumuladas de la etapa anterior, la gravedad en la forma que se desborda la tensión es variable, desde un empujón hasta el homicidio. Después de que se presentó la violencia inicia la fase de la luna de miel, la cual presenta diferentes matices ya que puede evidenciarse desde que el agresor niega los hechos, busca demostrar a la pareja que no entiende lo sucedido y que estos eventos no se volverán a repetir además de mostrarse muy arrepentido por lo sucedido, y por otro lado busca culpar a la víctima. En algunos casos, cuando la víctima no acepta las excusas y quiere salirse de la relación, él usará el chantaje y podrá hasta amenazar con el suicidio; también suele utilizar a los hijos como intercesores, e inclusive puede apelar a la idea de que con el amor este tipo de problemas podrá solucionarse. (2 y 32) Figura 2

Figura 2. Ciclo de la Violencia



El ciclo ayuda a entender por qué a pesar de estar viviendo violencia la víctima permanece en la relación y nos ayuda a desmitificar la creencia de que una mujer violentada se queda en una relación porque le gusta ser maltratada o se ha acostumbrado a ello. (33)

3.5 Signos y Síntomas

3.5.1 Indicadores de Violencia

Es de vital importancia reconocer los signos y síntomas que puede presentar una persona que podría estar viviendo violencia para poder indagar la presencia de la misma. (Cuadro1).

Cuadro .1

SÍNTOMAS Y SIGNOS INDICATIVOS DE VIOLENCIA	
De abandono	De violencia psicológica
<i>Son los signos y síntomas, físicos o psicológicos debidos al incumplimiento de obligaciones entre quien lo sufre y quien está obligado a su cuidado y protección, y pueden manifestarse en la alimentación, en la higiene, en el control o cuidados rutinarios, en la atención emocional y el desarrollo psicológico, o por necesidades médicas atendidas tardíamente o no atendidas.</i>	<i>Autoestima baja, sentimientos de miedo, de ira, de vulnerabilidad, tristeza, humillación, desesperación, entre otros; o de trastornos psiquiátricos, como del estado de ánimo, de ansiedad, por estrés postraumático, de personalidad; abuso o dependencia de sustancias, ideación o intento suicida, entre otros.</i>
De violencia física	De violencia sexual
<i>Estos pueden ser hematomas, laceraciones, equimosis, fracturas, quemaduras, luxaciones, lesiones musculares, traumatismos craneoencefálicos, trauma ocular, entre otros, congruentes o incongruentes con la descripción del mecanismo de la lesión, recientes o antiguos, con y sin evidencia clínica o mediante auxiliares diagnósticos, en ausencia de patologías condicionantes.</i>	<i>Para los indicadores físicos encontramos lesiones o infecciones genitales, anales, del tracto urinario u orales, y para la parte psicológica, baja autoestima, ideas y actos autodestructivos, trastornos sexuales, del estado de ánimo, de ansiedad, de la conducta alimenticia, por estrés postraumático; abuso o dependencia de sustancias, entre otros, alteraciones en el funcionamiento social e incapacidad para ejercer la autonomía reproductiva y sexual que tienen su origen en la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.</i>

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

3.5.2 Efectos sobre la salud

Los efectos o daños a la salud pueden ser un resultado directo de la violencia o una consecuencia a largo plazo de la misma.

Hoy sabemos que la violencia es una causa significativa de morbilidad y mortalidad para las mujeres, y que en el caso de las mujeres que viven violencia durante el embarazo tienen mayor probabilidad de estar deprimidas, suicidarse y presentar complicaciones durante el embarazo

tales como sangrado durante el 1er y 2º trimestre, baja ganancia de peso, anemia, infecciones, nacimientos pretérmino, detención del crecimiento intrauterino y muerte perinatal. (9) Además, en las mujeres existe una asociación significativa entre la violencia de pareja y una serie de problemas de salud mental; particularmente la depresión y las lesiones auto infligidas están fuertemente asociadas con la violencia de pareja. También se ha demostrado mediante estudios observacionales que la violencia está asociada al aumento en la utilización de los servicios de salud, uso de drogas y alcohol, infecciones de transmisión sexual, trastornos mal definidos y efectos adversos en el feto. (17).

Las mujeres que viven violencia tienen mayor riesgo de presentar abuso de sustancias, trastornos mentales, enfermedades crónicas y disfunción sexual a consecuencia de la violencia. (9)

En el Cuadro 2 podemos observar algunos de los efectos más estudiados de la violencia en las personas que la viven.

Cuadro.2

Efectos en la Salud de las personas que viven violencia³					
Traumatismos	Muertes	Salud sexual y reproductiva	Comportamientos de riesgo	Salud mental	Salud física
<i>Abusos físicos y sexuales infligidos por la pareja conllevan traumatismos muy a menudo. La violencia de pareja es la principal causa de traumatismos no mortales entre las mujeres en los Estados Unidos.</i>	<i>Defunciones por violencia contra la mujer comprenden: - Violencia por la Pareja - asesinatos por honor (cometidos por familiares por razones culturales). -suicidio; el infanticidio femenino (asesinato de niñas lactantes); -defunciones maternas por abortos inseguros.</i>	<i>La violencia contra la mujer se asocia a: Infecciones de transmisión sexual, como la infección por VIH/SIDA. -Los embarazos no deseados. -Problemas ginecológicos. -Abortos provocados. -Problemas durante el embarazo, como el aborto espontáneo, un peso bajo al nacer y la muerte fetal.</i>	<i>Los abusos sexuales durante la infancia se asocian a tasas más altas de prácticas sexuales de riesgo como: - la precocidad de la primera experiencia sexual. -la promiscuidad y las relaciones sexuales sin protección -el uso de sustancias y una mayor victimización. Cada uno de esos comportamientos aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud.</i>	<i>Aumentan el riesgo de padecer: -depresión - trastorno de estrés post traumático. -insomnio -trastornos de los hábitos alimentarios - sufrimiento emocional.</i>	<i>Cefaleas, -lumbalgias, -dolores abdominales, - fibromialgia, -trastornos gastrointestinales, -limitación de la movilidad - mala salud general.</i>

Fuente: OMS, Violencia contra la mujer Violencia contra la mujer. Nota descriptiva N°239 , Noviembre de 2009

El riesgo de maltrato en los niños y niñas que crecen en el seno de hogares violentos, se incrementa significativamente. (9)

De acuerdo con un reciente informe de la Organización Panamericana de la Salud, independientemente del tipo de violencia, los efectos del maltrato persisten mucho tiempo después que éste ha cesado, y con el transcurso del tiempo el daño que ocasiona, se va acumulando y produce considerables padecimientos y consecuencias negativas para la salud. (25)

3.5.3 Impacto de la violencia

3.5.3.1. Costos directos e indirectos de la violencia

Se ha documentado que la atención de las personas que viven violencia familiar impacta a los servicios de salud, al repercutir en la organización, el funcionamiento y los costos de esos servicios, y puede condicionar enfermedades de tipo física, mental o discapacitante, o bien redundar en desventajas física, económica o cultural. (24) Los costos de la atención médica asociada con la violencia son difíciles de calcular, así como sus efectos en la productividad económica de los países. No obstante, el Banco Interamericano de Desarrollo calculó en 1996 y 1997 las repercusiones económicas de la violencia en países de América Latina, encontrando que los gastos en servicios de salud equivalían, por sí solos, al 1,3% en México y al 1,9% del producto interno bruto en el Brasil, al 5,0% en Colombia, al 4,3% en El Salvador, al 1,5% en el Perú y al 0,3% en Venezuela (1997). (16)

Se han realizado estudios para conocer los costos de la violencia y se ha encontrado que las víctimas de violencia doméstica o sexual a lo largo de sus vidas presentan más problemas de salud que las personas que no sufren maltrato. Se ha observado que los costos de atención sanitaria que se generan, son significativamente más elevados y que acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia. Esto también pasa con los menores maltratados. (16)

“Un informe del año 2003 elaborado por US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estimó que los costos de la violencia a manos de compañeros íntimos solamente en los Estados Unidos superó los US\$5,8 mil millones por año: US\$4,1 mil millones corresponden a servicios de atención médica y sanitaria directa, mientras que las pérdidas en la productividad representan prácticamente US\$1,8 mil millones”. La violencia contra las mujeres reduce el desarrollo económico de los países, causando pobreza a las personas, las familias y las comunidades. (34)

Y si hablamos de costos indirectos, el ausentismo, la pérdida de potencial productivo; disminución de la calidad de vida y de la capacidad para cuidar de los demás; en el caso del ámbito laboral,

disminución en la productividad por muerte prematura de las víctimas. Estos costos indirectos son medidos sobre el impacto negativo en la inversión, la productividad, el consumo y el trabajo.

En el caso de los costos directos, afectan la vida y provocan sufrimiento, así como destrucción de los bienes de las personas que viven en violencia. Por su parte, para la violencia extrema es necesario contar con refugios u otros lugares que ofrezcan seguridad y atención de larga duración. La OMS realizó un estudio el cual mostró que las lesiones por todas las causas, incluyendo las violentas, causaron 11.9% de los años de vida saludables (AVISA) perdidos, ajustados por discapacidad, en el mundo. De hecho los costos de la violencia se ven reflejados en el sistema de salud, al atender lesiones que pueden ir desde leves hasta severas. Por otro lado, la planeación del presupuesto en salud se ve afectada directamente cuando la violencia provoca déficit en los insumos asignados para la atención en las instituciones de salud, (16, 26)

Con lo anterior nos damos cuenta que al sector de la salud debería interesarse más en la prevención de la violencia, ya que juega un papel clave en la atención de ésta, debido a que una proporción considerable de los costos de la atención se deben a las repercusiones en la salud ocasionadas por la violencia y la carga que impone a las instituciones sanitarias.

3.6 Importancia de la capacitación en las y los proveedores de los Servicios de Salud

3.6.1 Experiencia internacional

A nivel internacional se ha descrito la importancia de la capacitación del personal de salud en la atención de la violencia familiar y de pareja. Algunos estudios han mostrado que el personal de salud necesita un entorno adecuado para proporcionar atención a la violencia, además de contar con capacitación continua. También se resalta la importancia de contar con equipos multidisciplinarios que tengan fuertes lazos con la comunidad y redes eficaces de referencia. (9) En caso de que la capacitación no esté disponible en su lugar de trabajo el equipo de salud debe solicitarla a sus directivos. (35)

Se ha visto que la capacitación aumenta la disposición de los proveedores de salud para preguntar sobre la violencia de pareja y la confianza en su capacidad para el manejo de los casos (17). También el personal de salud capacitado puede reducir las barreras para hacer preguntas sobre violencia y desarrollar habilidades para manejar situaciones de crisis y comprender la relevancia de la violencia de pareja como problema de salud pública. (9)

Es así que la capacitación en el manejo e identificación de la violencia de pareja debe formar parte de un programa permanente, dirigido en especial a los proveedores de salud con un contrato estable y para ello se resalta la importancia del apoyo administrativo. (17)

Por ejemplo, se realizó un estudio en Nicaragua para determinar la actitud del personal de salud en la identificación y la referencia de las víctimas de violencia de género, además de factores relacionados con dicha actitud, barreras para tal identificación y referencia, así como para evaluar el nivel de conocimiento sobre las Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar entre el personal de salud del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). Al analizar el comportamiento que el personal de salud tenía en la práctica para identificar los casos de violencia se encontró que 44.5% hacía preguntas a las pacientes sólo cuando tenía sospechas; 81.5% refirió haber identificado casos de violencia de género independientemente de haberlos notificado al sistema de información. Al buscar cuál era el personal más apropiado para identificar casos de violencia, se encontró que no había gran diferencia entre el personal médico y el de enfermería (41.9% vs. 40.9%). El conocimiento sobre documentos normativos fue otro aspecto estudiado y se encontró que el 19.8% tenía poco conocimiento sobre las Normas para la Atención de VIF y el personal médico fue el que presentó el nivel más alto de conocimiento de estos documentos con un 63.6 %. El 47.9%, del personal de salud conocía las Normas de Atención a Víctimas. El 35.7% había recibido capacitación sobre las Normas y 85% la consideró adecuada. Cabe destacar que el 96% del personal refirió que era de gran importancia la capacitación sobre violencia de género. *“entre los temas que les interesaban están: las Normas de Atención y Procedimientos para la Atención de VIF (38%); historia, definición, ciclo, tipos y consecuencias de la violencia de género, entre otros (18%); leyes y los derechos humanos de las mujeres (15%); temas de autoestima y defensa ante una situación propia de violencia (13%); enfoque de género (7%); violencia contra la niñez y los ancianos (5%); otros temas relacionados (4%).(36)*

“Entre los factores relacionados con la actitud de rechazo están: laborar en los centros de salud del área urbana, haber recibido capacitación sobre las normas de atención, ser personal médico, contar con un nivel medio-alto de conocimiento y conocer a personas cercanas víctimas de violencia. Los resultados mostraron que la actitud de rechazo hacia la violencia de género fue de 76.06% y los factores asociados con la actitud de rechazo fueron la profesión médica, los niveles medio y alto de conocimiento sobre las normas de atención y la cercanía de familiares o amigos que han sido víctimas de violencia. Y las barreras más importantes para la identificación y la referencia de las víctimas fueron la escasa capacitación sobre el tema (59.9%), el temor a involucrarse en asuntos legales (52.6%) y el supuesto carácter privado de la violencia (50.7%). (36)

Con esto se muestra que el solo hecho de capacitar no es suficiente para atender el problema de la violencia. Por otro lado, se puede afectar la comunicación médico-paciente cuando el personal de salud no reconoce tener una actitud desfavorable hacia la violencia de género. Asimismo la capacitación desde la perspectiva de género es de suma importancia para que en la práctica se observe un cambio significativo; esto se ve reforzado si se considera que a pesar de tener un alto porcentaje de actitud de rechazo hacia la violencia de género y contar con conocimientos sobre las

normas de atención, encontramos que un alto porcentaje del personal aún cree que la violencia es un asunto de carácter privado.

También se observaron barreras tales como que no se cumple correctamente con el procedimiento según lo marcan las normas de atención (identificación, valoración de riesgo, fortalecimiento, orientación, referencia y registro). Identificar y valorar el riesgo requiere capacitación, privacidad y tiempo en la consulta, y para el fortalecimiento de las habilidades para la detección y la orientación es necesario conocer lugares de referencia. Otro punto es la falta de apoyo de las instituciones y la falta de coordinación institucional que limitan la referencia y el seguimiento de las víctimas de violencia de género. Los resultados en este estudio reforzaron los hallazgos de otros estudios que observan que la capacitación del personal es clave para una adecuada atención en los servicios de salud, y sugieren que es necesario que se imparta información y capacitación sobre violencia de género en escuelas de medicina y enfermería. (36)

3.6.2 Información en el nivel nacional

3.6.2 .1 Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006

En la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 se midió el conocimiento y actitud mostrados por prestadores y prestadoras de servicios de salud ante la atención de la violencia familiar y sexual. Paralelamente al levantamiento de las entrevistas a usuarias de servicios de salud, se solicitó a una muestra del personal médico de las mismas unidades de atención a la salud que respondieran un cuestionario de auto-aplicación sobre sus conocimientos, actitudes y prácticas de atención a la violencia familiar y sexual. Sabemos que el conocimiento sobre el tema de violencia es básico sobre todo para el diagnóstico y el tratamiento a la población, por lo que este componente fue explorado, por su importancia para llevar a cabo las acciones en contra de la violencia a las mujeres. También se preguntó sobre el conocimiento y la accesibilidad de documentos normativos de la atención de las personas que viven violencia por ser éstos es de suma importancia para que el personal de salud proporcione una atención adecuada. A continuación se muestran los resultados obtenidos en esta encuesta, agrupados por las categorías de detección, atención y capacitación:

Detección

Al preguntarles si habían identificado algún caso de violencia familiar en los últimos tres años, 65% de los encuestados contestó afirmativamente y 35% declaró no haberlo identificado. Se indagó en la existencia de razones que las o los limitaran para la detección de casos de mujeres

violentadas. El 87.9% respondió que no había razones y un 12.1% que sí las había, mostrando las resistencias del personal de salud hacia el tema ya que entre los que contestaron afirmativamente, se encontró que la primera causa que los limitaba era la visión de la violencia familiar como un problema privado, seguida de la incomodidad que les produce identificar y tratar este tipo de problema; y en el tercer lugar estuvo el desinterés por estos casos. También se cuestionó al personal de salud sobre cómo identificaba casos de violencia y en qué situaciones realizaba preguntas específicas para identificar casos de violencia; la respuesta más frecuente, con un 83.5%, fue la presencia de marcas o indicios de golpes, seguido de signos de ansiedad o depresión (77.4%). (19)

Atención

Para el caso de la atención de casos de violencia se esperaba que todos los médicos respondieran haber visto al menos un caso de violencia en los últimos tres años; sin embargo, solamente 65% reportó haber identificado algún caso en este periodo. De los prestadores y prestadoras de servicios que reportaron haber atendido algún caso de violencia familiar en los últimos tres años (1,452), se encontró que en el 83.4% de los casos se trataba de violencia de pareja. Con respecto de las acciones que realizaron en la atención a un caso de violación (de la última persona identificada), se destaca que en el 75% de los casos no se prescribió anticoncepción de emergencia, mientras que a 49.5% no se les recetó medicamentos para evitar infecciones de transmisión sexual. Es importante destacar que en el 77.7% de los casos, los médicos decidieron interrogar a la víctima para cerciorarse de la veracidad de lo que afirmaba.

También se interrogó a los encuestados sobre el periodo máximo en que es efectiva la anticoncepción de emergencia para evitar el embarazo después de un contacto no protegido (violación), a lo cual sólo el 23.6% respondió correctamente (de tres a cinco días). Se les preguntó si el (la) médico(a) estaba dispuesto(a) a realizar un aborto a una mujer embarazada producto de una violación (previa capacitación o actualización y contando con el apoyo institucional, los materiales y equipo necesarios); 36.7% dijo que estaría dispuesto mientras que 41.9% dijo no estarlo.

También se indagó en el antecedente de violencia experimentado por los y las trabajadoras de la salud encontrándose que 86.7% no había sido víctima de violencia por parte de su pareja. De los que contestaron haber sido víctimas de violencia por parte de su pareja el 92.5% reportó violencia psicológica, 37.8% física, 36.5% económica y 34% abandono. Por otro lado, sólo un 12.8% de los encuestados aceptó que había ejercido violencia hacia su pareja. (19)

Capacitación

Con respecto a la capacitación, en los tres años anteriores a la encuesta solamente el 32.7% respondió afirmativamente cuando se les preguntó si en la institución donde trabajaban los habían convocado a algún curso sobre violencia familiar, doméstica o contra las mujeres. Se les preguntó a cuántos de éstos habían acudido; un 49% asistió al menos a un curso y 8.9% a ninguno. En el caso de estos últimos, se les preguntó las razones por las que no acudieron a los cursos, y el 15.8% señaló no tener tiempo; 6% no lo consideró importante; el 3.6% de los prestadores y prestadoras de servicio consideró que no había problemas de violencia hacia los usuarios de la unidad. Se preguntó a quienes habían contestado que no habían sido convocados a ningún curso sobre violencia, sobre su percepción de las razones por la que su institución no los convocó, respondiendo en un 53.9% que no había cursos de este tema en su institución, que no parecía ser un tema de interés para la institución en un 16.4%; 2.4% contestó que no era su tema de interés y por otras causas un 27.3%.(19)

Calidad de la Atención en función de la capacitación recibida

Para la descripción de los resultados relacionados con la atención proporcionada por las y los proveedores de salud, se utilizaron escalas de medición que incluían las siguientes categorías: insuficiente, adecuada, buena, muy buena y excelente, y se consideraron calificaciones aprobatorias las encontradas entre adecuada y excelente. Se observó que quienes sí recibieron cursos sobre violencia familiar o contra las mujeres tuvieron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias. Por otro lado los que recibieron cursos y contestaron que los cursos les fueron útiles, presentaron un mayor porcentaje de atenciones aprobatorias. Un aspecto importante es que los proveedores que no habían violentado a su pareja fueron quienes mostraron mayor porcentaje de atenciones aprobatorias, obteniendo también un mayor porcentaje de atenciones calificadas como excelentes, respecto de quienes sí han ejercido violencia contra su pareja. (19)

3.6.2 .2 Otros estudios en México

Morelos

Otros estudios relacionados con la capacitación y actitud del personal de salud ante la violencia familiar y de género son por ejemplo los de Pablo Méndez y Rosario Valdez que evaluaron la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual que el personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, mostraba ante la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica, en los servicios de salud. El estudio considera los siguientes puntos como marco de referencia para abordar el tema de la violencia dentro de los servicios de salud y establece que según estudios previos el personal médico desconoce los procedimientos para detectar, atender y referir casos de violencia en especial en relación con la violencia por parte de la pareja. También se exponen las limitaciones del sistema de salud las

cuales pueden interferir para que el personal médico proporcione atención u orientación a sus pacientes en forma adecuada. Otro punto que cabe resaltar es la responsabilidad legal que los y las médicas perciben a la hora de atender casos de violencia lo cual limita el registro de los mismos. Aunado a esto también se habla sobre la práctica médica, la cual tiene ciertas características que influyen en la detección y atención. (7)

Otro aspecto fundamental a la hora de proporcionar atención a los casos de violencia son las barreras del propio personal de salud, tales como la incomodidad para abordar la violencia en los usuarios/a, las creencia sobre los roles de género que culpabilizan a la mujer, y el miedo a ofender a las personas que atienden, al preguntarles sobre estos temas.

Se ha demostrado que 70% de las mujeres que viven violencia esperan que la o el médico sea quien pregunte sobre el abuso, y cuando se les pregunta en un clima de confianza con empatía y libre de juicios ellas abren la situación de violencia que viven. Es por ello que las instituciones de salud son clave para la detección y prevención de la violencia contra las mujeres, ya sea en la consulta regular o en los servicios de urgencias. (7)

En los resultados del estudio mencionado se encontró que 90% de los entrevistados nunca había recibido capacitación en violencia contra la mujer. El personal médico que recibió capacitación sobre el tema de violencia mostró una actitud afectiva y cognoscitiva más favorable hacia la identificación y atención de mujeres que viven violencia que llegan a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron.

El 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo de conocimiento acerca del tema mientras que en el 63% este nivel fue medio. El personal médico con nivel de conocimiento medio y alto presentó una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos, que los que tenían un nivel de conocimiento bajo. El personal médico con interés por capacitarse en el tema mostró 7.6 veces mejor actitud que el personal no interesado y las médicas mostraron 2.3 veces mejor actitud para identificar y canalizar casos de mujeres que viven violencia que quiénes no la viven (7)

El personal médico evaluado en el estudio mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio nos proporcionó información que nos demuestra que es de gran importancia no sólo capacitar sino sensibilizar al personal médico sobre violencia contra las mujeres.

También sugiere pautas de acción, al encontrar que los médicos generales y familiares podrían ser el personal más idóneo para iniciar esta capacitación ya que ellos demostraron estar más dispuestos a capacitarse, en comparación con los médicos especialistas y establecen la importancia

de incorporar la capacitación en los planes de estudio de las carreras de medicina y áreas afines a la salud. (7)

Distrito Federal

María Eugenia Mendoza y colaboradores estudiaron el conocimiento que tiene el personal de enfermería del instituto nacional de perinatología “Isidro Espinosa de los Reyes” (INPERIER) en relación con la violencia de género así como las actitudes en relación con los casos y la canalización de las usuarias a una institución apropiada. Dentro de las barreras encontradas en este estudio, destaca la falta de apoyo y coordinación, por parte de las autoridades del instituto, para los programas de atención de la violencia de género, lo que limita la referencia y el seguimiento de las víctimas, ya que no se registran los casos en los servicios de consulta externa y urgencias. Además el personal de enfermería mostró un nivel de conocimiento nulo o bajo, sobre: la norma oficial; el conocimiento de las instituciones apropiadas a las que se debe referir la víctima; así como de los procedimientos apropiados para la atención de. También se encontró que una proporción del personal de enfermería tenía una actitud desfavorable hacia la violencia de género, es decir, predominaban las ideas sexistas sobre el tema y mostraron indiferencia en identificar y referir los casos de mujeres que viven violencia y los resultados expresan la necesidad de capacitación ya que es esencial que cuente con un buen entrenamiento para proporcionar una atención adecuada, así como para identificar y referir a las pacientes víctimas a una institución especializada. Y concluye que el INPER debería de implementar un programa de capacitación al personal de salud de enfermería, ya que los conocimientos sobre violencia de género fueron limitados. (37)

Colima

Urbicio Venegas y colaboradores realizaron un estudio descriptivo a la población médica en unidades de salud del IMSS del estado de Colima en el año 2005 a través de un cuestionario de auto aplicación. Para evaluar los conocimientos relacionados con definición, normatividad, clasificación, factores de riesgo e indicadores de violencia doméstica. Se seleccionaron médicos, con práctica médica de 20 años de experiencia; 72% de los participantes fueron del sexo masculino, 100% residían en la zona urbana y 91% médicos no habían recibido capacitación sobre violencia doméstica. (38). Cabe resaltar que a pesar de tener 20 años de práctica clínica los médicos no habían recibido capacitación sobre esta problemática.

Mitos sobre la violencia

El personal de salud no es ajeno a barreras y mitos sobre la violencia que interfieren en buena medida al momento de realizar las acciones de atención y detección de personas que viven violencia.

Mencionaremos algunos de los mitos sobre la violencia familiar, compartidos por el personal de salud:

- *Sólo en las familias con problemas hay violencia.*
- *Son violentos los hombres adictos a drogas, alcohol, desempleados o con problemas en su trabajo.*
- *La violencia dentro de la casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.*
- *Siempre se exagera la realidad cuando se habla de violencia contra las mujeres.*
- *Es mejor aguantar la violencia, pues una separación afecta más a los hijos.*
- *Las mujeres no ponen fin a la violencia familiar porque les gusta sufrir. (39)*

Hasta el momento, hemos podido observar características, actitudes y comportamientos que tienen los proveedores de salud ante el tema de la violencia familiar y contra las mujeres, así como las limitaciones y barreras para la atención y detección de la misma en los servicios de salud, y la importancia de la sensibilización y capacitación del personal para modificar estas actitud y comportamientos y mejorar la atención. Para ello se requiere servirnos de los modelos teóricos de la modificación del comportamiento que a continuación mostramos.

3.7. Utilidad de los Modelos Teóricos para la Modificación del Comportamiento aplicados al área de la Salud Pública

Existe suficiente información que indica que el uso de las teorías y modelos conceptuales, técnicos u operativos, es uno de los factores claves para aumentar las probabilidades de éxito de las acciones en salud. (40) Es por ello fundamental para lograr cambios en la actitud y la conducta en el personal de salud, que al diseñar una estrategia se consideren la Teoría social cognitiva de Bandura y La Teoría del Aprendizaje significativo de Ausubel las cuales están estrechamente vinculadas y que se complementan para lograr las metas y objetivos establecidos.

3.7.1 Teoría Social Cognitiva

Esta teoría se ocupa de los aspectos cognitivos, emocionales y aspectos de conducta para entender el cambio de comportamiento. (41)

El propósito fundamental de la teoría se centra en entender y predecir la conducta del individuo y del grupo e identificar métodos en que la conducta pueda modificarse. Ha sido frecuentemente usada en intervenciones apuntadas al desarrollo de la personalidad, patología de conducta, y promoción de salud. Define la conducta humana como una “triada” (interacción dinámica y

recíproca) de factores personales, conducta y el ambiente. Según esta teoría, la conducta de un individuo está determinada por cada uno de estos tres factores. (42)

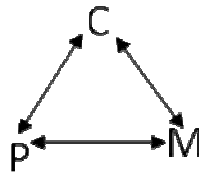
La teoría de Albert Bandura propone un modelo del comportamiento donde resalta el rol de las creencias autorreferente, rechazando la indiferencia conductista hacia los procesos internos. En esta perspectiva, los individuos van a ser vistos como proactivos y autor reguladores de su conducta. (41). Esta teoría fue identificada en un primer momento como Teoría del Aprendizaje Social y para el año 1985 Bandura la redefiniría como la conocemos actualmente Teoría Social Cognitiva. El se ha preocupado siempre por la comprensión de fenómenos psicológicos, tales como la motivación y la autorregulación, que van mucho más allá del aprendizaje (Garrido Martín, 1987). En esta teoría la noción de aprendizaje es diferente y el aprendizaje sería concebido principalmente como una adquisición de conocimiento a través del procesamiento cognitivo de la información, se reconoce el origen social de los pensamientos y acciones humanas y la dimensión cognitiva en el reconocimiento de la contribución de los procesos de pensamiento a la motivación, la emoción y la conducta humana. (41)

Además abandona el modelo de causalidad lineal el cual busca obtener un cambio sin contemplar los diversos factores que afectan al individuo, por el *determinismo recíproco*, el cual ayuda a estudiar al ser humano en toda su complejidad, tomando en cuenta las influencias interactivas de los múltiples factores que operan como determinantes de la conducta. Es así que el determinismo recíproco se opone al determinismo ambiental unidireccional en el cual se estudia cómo la conducta es regulada por los estímulos externos actuales y por la estimulación ambiental del pasado, es decir, el entorno es el que determina, organiza y controla la conducta de forma automática. Muchos autores contemporáneos adoptaron la concepción de que la conducta es el resultado de la interacción de las personas con el entorno y no un producto de cada factor por separado. Como se mencionó Bandura propuso un enfoque interactivo a través de la teoría Social Cognitiva basado en una reciprocidad triádica en la cual tanto la conducta, los factores cognitivos, factores personales y las influencias ambientales interactúan como determinantes recíprocos. En este enfoque los factores personales y ambientales se determinan entre sí: *“El individuo crea, modifica y destruye el entorno, y los cambios que introduce en el mismo afectan, a su vez, a su conducta y a la naturaleza de su vida futura”*

La conducta asume un papel excepcional en la forma en la que el individuo afecta a las situaciones las cuales a su vez determinarán sus pensamientos y emociones: *“En este determinismo recíproco triádico, el término recíproco hace referencia a la acción mutua desarrollada entre los factores causales. El término determinismo se usa aquí para indicar la producción de efectos por parte de ciertos factores, no en el sentido doctrinal de que los actos están determinados completamente por una secuencia previa de causas que actúan de forma independiente del individuo.* (Bandura, 1987)

Este enfoque suele representarse como sigue, donde C es conducta, P es persona y M es medio. Figura 3:

Figura 3



Determinismo Recíproco de Bandura 1987

Es así que la conducta, los factores personales, cognitivos y de otro tipo, y los acontecimientos ambientales actúan como determinantes interactivos. (41)

Otro de los conceptos fundamentales de esta teoría es el término de autosistema, entendido como el conjunto de procesos mediante los cuales las personas regulan su comportamiento a través de criterios internos y reacciones autoevaluadoras. El comportamiento de la persona es el resultado de la interacción entre este autosistema y las influencias del medio externo.

Otro aspecto importante es la capacidad de autorregulación que fue concebida por Bandura como un logro del proceso de socialización, ésta implica tres subprocesos clave: auto-observación, auto-valoración y autoreacción. Estos subprocesos no son mutuamente excluyentes, sino interactivos siendo así la autorregulación parte del autosistema y mediante ésta las personas determinan sus propios comportamientos. En este sentido al observar aspectos de nuestro propio comportamiento, podemos valorarlo respecto a ciertos estándares y reaccionar positiva o negativamente. (41 y 43). Otros términos abordados dentro de esta teoría son la capacidad simbolizadora, la cual permite comunicarse con los demás a cualquier distancia, momento y lugar y contar con un medio de cambio y adaptación al medio. Además permite trascender la propia experiencia sensorial. Las personas pueden representar cognitivamente su entorno y ensayar de forma simbólica posibles soluciones a situaciones problemáticas que se presenten; al anticipar cognitivamente acontecimientos futuros y generar nuevos cursos de acción; así como otorgar significado, forma y continuidad a las experiencias vividas. Otro término es la capacidad de previsión, por medio de ésta las personas predicen las consecuencias más probables de sus acciones futuras, se ponen metas a sí mismos y planifican cursos de acción para ocasiones previstas del futuro y les permite motivarse y regular sus actos convirtiendo las consecuencias

probables en motivadores cognitivos eficaces. La previsión se traduce en acción mediante la ayuda de mecanismos de autorregulación. También tenemos a la *capacidad vicaria* la cual nos permite aprender mediante la observación. Una rápida adquisición de patrones de conducta nuevos y de habilidades complejas sin tener que recurrir al ensayo y error. Es primordial en lo que respecta a la transmisión de conductas por medio de señales sociales. Una capacidad muy importante es la de autorreflexión, en la cual el individuo puede observar sus ideas, actuar sobre ellas o predecir los acontecimientos a partir de las mismas, juzgar su adecuación a partir de los resultados y modificarlas sobre la base de estos últimos. Siendo así que las personas analizan sus experiencias y reflexionan sobre sus procesos mentales, alcanzando de esta forma un conocimiento genérico de sí mismo y del mundo que le rodea, pudiendo además evaluar y modificar sus pensamientos. (41)

Un aspecto fundamental en la teoría de Bandura es el de la *autoeficacia*, definida como las creencias acerca de la capacidad que tiene la persona para aprender o llevar a cabo un comportamiento en determinados niveles. Dichas creencias ocupan un rol regulador en el funcionamiento humano, comportándose como un filtro entre las habilidades y logros anteriores del individuo y su conducta subsiguiente. *“Los individuos se comprometen en la realización de una conducta, interpretan los resultados de la misma y la información aportada por cada una de las fuentes de autoeficacia, utilizan esas interpretaciones para crear y desarrollar creencias acerca de sus capacidades y se comprometen nuevamente en la realización de conductas en dominios similares, comportándose conforme a éstas”*. Es así que de la forma que las personas interpreten la información procedente de las fuentes de autoeficacia se verán afectadas sus creencias, lo que influye en su conducta y, a su vez, a su entorno. (43)

De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están reguladas por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de *expectativas*:

- a) Las expectativas de la situación, en la que las consecuencias de una conducta son provocadas por eventos del medio y son independientes de la acción personal,
- b) Las expectativas de resultado, que se refieren a las creencias que la persona tiene sobre la ejecución de una conducta misma que producirá determinados resultados y
- c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados. (44)

Además la autoeficacia influye en como la gente siente, piensa y actúa. Es así que una baja percepción de autoeficacia está asociada con depresión, ansiedad y desamparo. A su vez la autoeficacia está estrechamente vinculada con las metas es decir el logro o fracaso de las mismas. Las creencias de eficacia producen pensamientos auto estimulantes y/o autodesvalorizantes,

imprimiendo un grado de optimismo o pesimismo, en la toma de decisiones y en las acciones que emprenden las personas para lograr las metas que se plantean para sí mismas así como en su compromiso con estas metas. Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (44)

Otro aspecto vital en esta teoría es la *motivación*, la cual se relaciona directamente con los niveles de autoeficacia que, dependiendo de su variación pueden aumentar o reducir la motivación. Por ejemplo las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Las personas con una autoeficacia alta invierten más esfuerzo para el logro de metas, una vez que se ha iniciado un curso de acción, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia. La autoeficacia puede ser concebida en sentido amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes. Y podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente. (44)

Para medir la autoeficacia, lo más frecuentemente utilizado son las escalas de autor reporte. Dentro de éstas podemos distinguir dos grupos: a) las escalas que miden un sentido de eficacia específico y b) las que miden un sentido general de autoeficacia. En el primer grupo, las escalas se ajustan al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés. Entre las escalas desarrolladas dentro de esta línea está la Escala de Autoeficacia Percibida para Niños para medir por ejemplo autoeficacia para el logro académico y autoeficacia en habilidades asertivas. En el grupo de las escalas que miden un sentido general de autoeficacia se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia. Esta escala ha sido traducida a 25 idiomas y utilizada en diversas culturas, en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad. (44)

En el ámbito de la salud, la percepción de autoeficacia se ha utilizado en la prevención de conductas riesgosas y en la promoción de conductas que van en beneficio de las personas. En este sentido, cuando los profesionales de la salud motivan en las personas su capacidad de iniciar cambios, se ha observado que la modificación de la conducta se realiza en forma activa. (45)

Algunos ejemplos en donde se ha utilizado han sido en el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud. Distintos estudios han mostrado que niveles elevados de autoeficacia producen beneficios para el funcionamiento del individuo y su bienestar general. Las personas con una percepción de autoeficacia elevada presentan más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las

personas con baja autoeficacia. Además, estas personas cuentan con más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. (44)

3.7.2 Teoría del Aprendizaje Significativo

Diversas teorías psicológicas y de la educación resaltan la importancia de los procesos de mediación y de intercambio social como uno de los elementos explicativos más importantes del aprendizaje y el desarrollo humano. (46)

Para hablar de aprendizaje significativo es necesario hablar del constructivismo. En sus orígenes, el constructivismo surge como una corriente epistemológica preocupada por discernir los problemas de la formación del conocimiento en el ser humano. Destaca la convicción de que el conocimiento se construye activamente por sujetos cognoscentes, no se recibe pasivamente del ambiente. (47)

Mario Carretero (1993) argumenta sobre la pregunta de ¿qué es el constructivismo? lo siguiente: *“Básicamente puede decirse que es la idea que mantiene el individuo tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos, no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores”*. En consecuencia, según la posición constructivista, el conocimiento no es una copia fiel de la realidad, sino una construcción del ser humano. ¿Con qué instrumentos realiza la persona dicha construcción? Fundamentalmente con los esquemas que ya posee, es decir, con lo que ya construyó en su relación con el medio que le rodea. Dicho proceso de construcción depende de dos aspectos fundamentales: de los conocimientos previos y la representación que se tenga de la nueva información, o de la actividad o tarea a resolver. De la actividad externa o interna que el aprendiz realice al respecto. (47)

Las ideas constructivistas se nutrieron de la investigación sobre el desarrollo cognoscitivo de Piaget, quien consideró que el conocimiento no resulta del simple registro de la información, si no mediante una actividad constructiva por parte del sujeto en interacción con el objeto. Además Piaget entendió el conocimiento como un proceso y no como un hecho dado y consideró que dicho conocimiento evoluciona y se construye a sí mismo a través de la acción. Por su parte Vygotsky afirmó que el desarrollo intelectual del individuo no puede ser entendido sin referencia al medio social y que el aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde el primer día de la vida, evidencio la importancia de la interacción social en el proceso de construcción del conocimiento. Perkins a su vez realizó una importante aportación al establecer la comprensión como prioridad para aprender.

Y respaldando lo antes expuesto es claro que el concepto básico del constructivismo es el del aprendizaje significativo, teniendo así que el proceso de adquisición de conocimientos depende de

las relaciones que existan entre la información nueva y la que ya posee el que aprende y de la intención consciente de éste al realizar las conexiones. (48)

El origen de la Teoría del Aprendizaje Significativo se sustenta en el interés de Ausubel por conocer y explicar las condiciones y propiedades del aprendizaje. Ausubel entiende que una teoría del aprendizaje que sea realista y científicamente viable debe ocuparse del carácter complejo y significativo que tiene el aprendizaje verbal y simbólico.(49). El aprendizaje significativo es el proceso según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o información con la estructura cognitiva del que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal. Esa interacción con la estructura cognitiva no se produce considerándola como un todo, sino con aspectos relevantes presentes en la misma, que reciben el nombre de subsumidores o ideas de anclaje. (49)

La presencia de ideas, conceptos o proposiciones inclusivas, claras y disponibles en la mente del aprendiz es lo que dota de significado a ese nuevo contenido en interacción con el mismo. No es sólo una simple unión, más allá de eso, durante el proceso los nuevos contenidos adquieren significado para la persona, lo cual provoca que los subsumidores se transformen y progresivamente sean más diferenciados, elaborados y estables. Por otro lado, la atribución de significados que se hace con la nueva información es el resultado emergente de la interacción entre los subsumidores claros, estables y relevantes presentes en la estructura cognitiva con nueva información o contenido; siendo subsumidores que se ven enriquecidos y modificados, dando lugar a nuevos subsumidores o ideas-ancla más potentes y explicativas que servirán de base para futuros aprendizajes. (49) El aprendizaje significativo se produce si se dan dos condiciones fundamentales:

- *Actitud potencialmente significativa de aprendizaje por parte del aprendiz, o sea, predisposición para aprender de manera significativa.*
- *Presentación de un material potencialmente significativo. Esto requiere:*
 - Por una parte, que el material tenga significado lógico, esto es, que sea potencialmente relacionable con la estructura cognitiva del que aprende de manera no arbitraria y sustantiva;*
 - Y, por otra, que existan ideas de anclaje o subsumidores adecuados en el sujeto que permitan la interacción con el material nuevo que se presenta.* (49)

Es decir, las condiciones que permiten el logro del aprendizaje significativo requieren que la nueva información se relacionase de modo no arbitrario y sustancial con lo que el alumno ya sabe, depende también de la disposición (motivación y actitud) de éste por aprender, así como los materiales o contenidos de aprendizajes con significado lógico. (50)

Considerando al objeto aprendido, el aprendizaje significativo puede ser representacional, de conceptos y proposicional. Si se utiliza como criterio la organización jerárquica de la estructura cognitiva, el aprendizaje significativo puede ser subordinado, superordenado o combinatorio. Y para Ausubel lo que se aprende son palabras u otros símbolos, conceptos y proposiciones. Tanto en la edad escolar como en la adulta es a través de la asimilación que se produce el aprendizaje. Se generan así diferentes combinaciones entre los atributos característicos de los conceptos que

constituyen las ideas de anclaje, para dar nuevos significados a nuevos conceptos y proposiciones, lo que enriquece la estructura cognitiva. El aprendizaje significativo se logra por medio de la verbalización y del lenguaje además requiere, por tanto, comunicación entre distintos individuos y con uno mismo. (49)

Novak, Hanesian y Dávila señalan que Ausubel, establece tres categorías de aprendizajes significativos, las cuales varían según el nivel de complejidad de lo aprendido, es decir, de lo más simple a lo más complejo:

1. El aprendizaje de representaciones. Este tipo de aprendizaje consiste en la atribución de significados a símbolos determinados que podrán pertenecer al entorno del aprendiz o le son familiares. Ausubel señala, al respecto, que éste *“Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y constituye para el alumno cualquier significado al que sus referentes se relacionen”*. 2. El aprendizaje de conceptos. La adquisición de nuevos conocimientos es alcanzada cuando el aprendiz es capaz de extrapolar el significado de objetos, eventos y/o conceptos, ya sean éstos concretos o abstractos, y deducir que éstos comparten rasgos característicos. Esto último es lo que se conoce como categorización. 3. El aprendizaje de proposiciones. Esta clase de aprendizaje más complejo involucra la combinación y relación de palabras que *“se combinan de tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva”* (51)

Para Ausubel la importancia del conocimiento y experiencias previas de los estudiantes son las piezas clave de la conducción de la enseñanza:

“Si tuviese que reducir toda la psicología educativa a un solo principio, diría lo siguiente: el factor aislado más importante que influencia el aprendizaje es aquello que el aprendiz ya sabe. Averígüese esto y enséñese de acuerdo con ello”. (47)

La motivación induce a una persona a llevar a la práctica una acción. Es decir estimula la voluntad de aprender. El papel del docente está en ayudar a generar la motivación. Entendiendo que la motivación educativa no es una técnica o método de enseñanza particular, sino un factor cognitivo presente en todo acto de aprendizaje. Los factores que determinan la motivación en el aula se dan a través de la interacción entre el docente y el aprendiz.

La motivación influye en el aprendiz y se puede observar en las rutas que establece, perspectivas asumidas, expectativa de logro, atribuciones que hace de su propio éxito o fracaso. Mientras que para el docente es de gran relevancia la actuación (mensajes que transmite y la manera de organizarse). Se cuenta con principios para la organización motivacional que puede ser aplicado en el proceso de aprendizaje tales como: a. La forma de presentar y estructurar la tarea; b. el modo de realizar la actividad; c. El manejo de los mensajes que da el docente a sus alumnos. Y d. El modelado que el profesor hace al afrontar las tareas y valorar los resultados (50)

Por su parte, Rogers (1978) menciona que cuando los alumnos realizan un aprendizaje participativo, se sienten motivados y perciben los temas, el contenido o los conceptos que van a aprender como algo importante para sus objetivos personales, por lo que estarán llevando a cabo un aprendizaje significativo para su desarrollo y enriquecimiento personal. (46)

Las actitudes de los profesores ante el proceso educativo es otra condición que los estudiantes describen como importante para la apropiación significativa de los conocimientos, entre las actitudes mayormente mencionadas que parecen tener un impacto favorable entre los estudiantes

está la que tiene que ver con “mostrar apertura”. Martínez (1973) menciona que un profesor inspira confianza si se da a conocer como un miembro común y corriente, natural y sencillo de la comunidad universitaria, desde el principio y de forma permanente. Los estudiantes parecen aprender mejor cuando los profesores no anteponen una figura de autoridad, lo que les da confianza suficiente para preguntarles sobre cualquier problema que se les presente. Otra actitud es la de “mostrar interés” en las materias que enseñan para favorecer el aprendizaje de los mismos. Tal representación denota la apreciación de los estudiantes por los profesores que están actualizados y tienen el conocimiento suficiente para hacerlos sentirse más seguros como para exponer sus dudas, o lo que se les enseña y aprenden. En este sentido, el profesor debe ser un continuo aprendiz, motivado por la transformación de la ciencia. (46)

La Teoría del Aprendizaje Significativo sigue siendo un potente referente que abre múltiples posibilidades para la investigación en educación y para la docencia, sigue siendo un constructor de una gran potencia explicativa, tanto en términos psicológicos como pedagógicos. El aprendizaje significativo no es súbito ni surge instantáneamente, tampoco es necesariamente aprendizaje correcto y no se produce sin la intervención del lenguaje no es un proceso independiente que se produzca al margen de la interacción personal. (49)

3.8 Técnicas didácticas y dinámica grupal para el Aprendizaje Significativo

El enfoque que hemos adoptado para este proyecto requiere de determinadas técnicas para lograr el aprendizaje significativo en los prestadores de salud. Las técnicas grupales son un conjunto de medios y procedimientos, que aplicados en una situación de grupo, sirven para lograr un doble objetivo: productividad y gratificación grupal. Facilita y estimula la acción del grupo en cuanto al conjunto de personas, para que el grupo alcance los objetivos y las metas que se han propuesto de la manera más eficaz posible. Estas son variadas, se requiere realizar una selección previa a su utilización; las técnicas no operan por sí mismas, todo depende, en gran medida, de su uso adecuado y oportuno.

Es importante definir algunos términos que son utilizados como herramientas para el aprendizaje; empezaremos con el concepto de grupo el cual es un conjunto de personas que interactúan entre sí en un contexto determinado. El uso de las técnicas en los grupos requiere contar, como mínimo, con una situación o realidad de grupo caracterizada por la existencia de un proceso de comunicación en el marco de un espacio y un tiempo determinados y con un objetivo definido que establezca en el grupo la direccionalidad de sus acciones. Otro aspecto importante a considerar es la dinámica de grupos, la cual consiste en las interacciones y procesos que se generan en el interior del grupo como consecuencia de su existencia. Es una disciplina moderna dentro del campo de la Psicología Social que se ocupa del estudio de la conducta de los grupos como un todo, y de las variaciones de la conducta individual de sus miembros como tales; de las relaciones entre los grupos; de formular leyes o principios y de derivar técnicas que aumenten la eficacia de los grupos. (52) Las técnicas para el trabajo grupal son instrumentos, herramientas, y como tales, cada una tiene sus propios objetivos y es útil para un fin específico. Sin embargo no sirven para todo y el

coordinador debe señalar la técnica más adecuada en función de los criterios establecidos para cada grupo.

Un punto indispensable son los objetivos implícitos y explícitos de cada técnica y para seleccionar una u otra técnica debe estar orientada, sobre todo, por los objetivos implícitos que se pretende lograr, en los que se encierran los aspectos formativos del proceso de enseñanza aprendizaje.

Las técnicas son flexibles y al ser instrumentos, se les pueden hacer modificaciones y adaptaciones necesarias para el logro de los objetivos. También es posible crear nuevas técnicas mediante la combinación de dos o tres ya existentes. Es importante terminar cada técnica con una evaluación grupal de la cual el facilitador podrá extraer información útil para modificar la técnica, de ser necesario, para posteriores ocasiones. (52)

Para que una técnica sea efectiva, debe cumplir con las siguientes condiciones básicas.

- *Seleccionar la técnica más adecuada para el objetivo que se pretende*
- *Aplicarla en el momento preciso, no antes ni después*
- *Aplicarla correctamente (52)*

A continuación mostraremos algunas técnicas que se pueden utilizar para detonar el aprendizaje dentro de los grupos. Cuadro3.

Cuadro 3

Técnicas de enseñanza-aprendizaje orientadas al trabajo grupal	
1. CENTRADAS EN LA TAREA: • Esquema básico de todo trabajo grupal: preparación individual, fuera del aula - Trabajo en equipos o grupos pequeños • Sesiones plenarias • Debate • Panel • Simposio • Mesa redonda • Rejilla * • Representantes * • Grupo de verbalización – grupo de observación • Concordar – discordar* • Jerarquización* • Philips 6-6 • Corrillos o Grupos de discusión* • Estudio de casos* • Incidente crítico* • Tres teorías • Seminario de investigación • En general, todas las técnicas de trabajo individual centradas en el alumno pueden servir de base para hacer trabajo y discusión grupal	2. CENTRADAS EN EL GRUPO: (se señala entre paréntesis un ejemplo de cada una de ellas) • Presentaciones y rompimiento de hielo (Presentaciones progresivas) • Comunicación (Comunicación en uno y dos sentidos). • Trabajo en equipo (Cuadrados de Babéelas).* • Análisis de problemas (Mipps y Wors).* • Toma de decisiones (la NASA).* • Manejo de conflictos (Destrucción del mundo). • Integración afectiva (Sociograma). • Valores e ideología (las Islas).* • Liderazgos grupales (los Caballos).* • Espíritu de colaboración (Bolsa de valores). • Construcción de esquemas conceptuales (Concordar –discordar).* • Técnicas para mejorar el estudio en equipo. • Sociodramas o juego de papeles.

Fuente: SEP Dirección General de Bachillerato Material Autoinstruccional Compendio de Técnicas Grupales

Para el trabajo destinado a capacitar y sensibilizar al personal de salud proponemos utilizar los materiales elaborados por El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva entre los que seleccionamos aquellos diseñados expreso para la capacitación del personal de salud y retomamos las técnicas y dinámica útiles para cumplir los objetivos planteados, enmarcándolas dentro de los aspectos teóricos que establece la teoría social cognitiva y del aprendizaje significativo. Este material está referido con detalle en la carta descriptiva diseñada para los talleres y se muestra más adelante.

4. PROPUESTA DE CAPACITACIÓN

Con respecto a la utilización de las teorías social cognitiva y el aprendizaje significativo los datos encontrados han mostrado que se han utilizado y aplicado por separado y han buscado lograr un cambio de actitud, con respuesta favorable tanto en pacientes con diversas enfermedades como VIH, tabaquismo, etc., así como en estudiantes de medicina, profesionistas de la salud y médicos, ya sea durante su formación o posterior durante una capacitación. Sin embargo la utilización de ambas teorías para poder abordar el problema de la violencia con personal de salud y específicamente el personal médico está poco estudiada, no obstante, consideramos que ambas teorías se complementan y con la evidencia previa es suficiente para proponer una estrategia de capacitación desde estos dos enfoques.

Esta propuesta tiene como punto de partida la elaboración de un Diagnóstico de Salud Comunitaria del Barrio de Santa Isabel Tola de la Delegación Gustavo A. Madero, del Distrito Federal(53) el cual concluyó que las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica) y la obesidad fueron las de mayor morbilidad, además de reconocer que el maltrato infantil, las adicciones, la prostitución, los embarazos a edades tempranas y la violencia familiar son los problemas que más afectan a esta colonia. De acuerdo con la priorización, quienes participamos en la elaboración del diagnóstico, decidimos realizar intervenciones en cada una de las áreas de concentración del programa de maestrías (administración, nutrición, epidemiología y ciencias sociales y del comportamiento). Desde el área de concentración de ciencias sociales y de comportamiento y considerando que fue uno de los temas percibidos por la población, elegimos proponer una intervención para la atención de la violencia familiar.

La población refirió también que la colonia es insegura debido a que se reporta alto índice de delincuencia y vandalismo. No obstante que el centro de salud T III Vega cuenta con el programa de prevención y atención de la violencia familiar y de género y un consultorio de psicología, la responsable del programa de violencia refirió que el personal de salud no realiza detecciones para verificar si la población vive en una situación de violencia, debido principalmente a que no quieren meterse en problemas legales.

Por lo anterior, proponemos dar una solución al problema a través de la sensibilización y capacitación para la detección y atención de la violencia familiar a la población de la comunidad de Santa Isabel Tola que acude al centro de salud TIII Vega, ya que ésta unidad es una de las áreas de mayor influencia en esta comunidad.

Es importante mencionar que se consideraron los daños a la salud provocados por la violencia, así como los costos a los sistemas de salud anteriormente mencionados, además de las repercusiones físicas y psicológicas en las personas que viven violencia. También se tomó en cuenta la posibilidad

de que las personas que viven violencia no cumplan con una adecuada adherencia terapéutica y por otro lado lleven un control inadecuado de sus problemas de salud, lo cual se ve reflejado en la descompensación de enfermedades crónicas degenerativas.

Como fue previamente descrito, uno de los principales problemas a enfrentar es que el personal de salud no quiere realizar la atención de casos de violencia por diversas razones, mostrando una actitud de resistencia ante este problema de salud pública. Además, es importante considerar que los casos de violencia no se detectan ni registran, de ahí la necesidad de realizar acciones para sensibilizar y capacitar al personal del centro de salud en este tema.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al analizar la situación de la población del barrio de Santa Isabel Tola de la Delegación Gustavo A. Madero, encontramos que la colonia está cerca de una estación del metro muy transitada, y cerca de la Basílica de Guadalupe que tiene una cantidad de población flotante. Así mismo, la población percibió vandalismo e inseguridad como un problema importante que afecta a sus comunidades. Los resultados de las entrevistas semi-estructuradas mostraron que 60% de la población consideró a la diabetes como el principal problema de salud, a la cual le siguió la obesidad en la población entre los 35 y 60 años. Estos mismos problemas de salud se observan dentro de las primeras causas de morbilidad de la delegación. Otros problemas de salud que también fueron percibidos por la población a través de un grupo focal fueron los de los niños, tales como enfermedades diarreicas y respiratorias, violencia familiar y maltrato infantil. 53

Como podemos observar, las enfermedades crónico degenerativas como la diabetes, la hipertensión y la obesidad, son las principales causas de morbi-mortalidad percibidas en la comunidad, que concuerdan con lo encontrado en las estadísticas en la delegación y a nivel nacional, también encontramos que el personal de salud realiza acciones de promoción de salud como pláticas y grupos de ayuda mutua lo cual es insuficiente. Es así que tenemos problemas reportados por la unidad de salud y percibidos por la población de la comunidad. La diabetes mellitus y la hipertensión serían los problemas que requieren ser atendidos en forma prioritaria en la comunidad.

Los estudios realizados demuestran los elevados costos directos e indirectos generados por la violencia en los servicios de salud y para las personas que lo viven, ya que se presenta una detección tardía y una atención deficiente, debido a que frecuentemente las personas que viven violencia no acuden a buscar ayuda a los servicios de salud.

Es por ello que una forma de incidir en estos problemas de salud en la comunidad, es realizando una detección y atención de la violencia en la unidad de salud de la comunidad. No obstante, existen algunos obstáculos para que se realicen estas acciones, ya que en entrevista, la responsable del programa de violencia intrafamiliar del centro de salud, refirió que han recibido casos de

mujeres y niñas o niños que viven violencia pero el personal de salud no los reporta. También mencionó que los médicos están muy renuentes a detectar y referir los casos de violencia a pesar de que la unidad cuenta con una psicóloga. *(Los médicos están renuentes a realizar acciones por miedo a tener problemas legales)*. Y se nos informó que se han realizado capacitaciones a las cuales el personal ha acudido pero que no hay cambios de actitud ante los casos de violencia, principalmente por la población médica. A esto se suma que desde la dirección de la unidad y la jurisdicción a la que pertenece el centro no se apoya ni refuerzan las acciones que marca el programa de violencia. Por lo anterior, se requiere otorgar un tipo de capacitación al personal médico que le ayude a percibir el problema de la violencia familiar y de género de modo que su actitud y el control sirvan para incrementar la detección y atención de la misma.

La pregunta a la que esta intervención propone dar respuesta, es la siguiente: ¿Es posible modificar la actitud de los médicos y del personal de salud que brinda atención a usuarias y usuarios en tres unidades de la Secretaría de Salud de la Delegación Gustavo A Madero, mediante una estrategia de capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género?

5.1 Análisis de la alternativa de solución propuesta

Para lograr que el personal de salud y principalmente los médicos en las unidades seleccionadas realicen actividades de detección y atención de la violencia familiar y de género, es necesario que tengan una actitud diferente ante la problemática de la violencia. Esto lo podemos lograr utilizando las herramientas proporcionadas por los modelos y teorías de modificación de comportamientos. Para este trabajo, aplicaremos los conocimientos proporcionados por la teoría social cognitiva de Bandura, además de la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel y con ambas diseñaremos una estrategia que reduzca o elimine las barreras y rescate los beneficios de la detección y atención de la violencia por parte del personal de salud.

De acuerdo con los estudios previamente mencionados en este documento, es importante que el personal de salud reconozca que los servicios de salud son un lugar idóneo para la detección y atención de las personas que viven violencia. (7)

El médico debe poder reconocer que al prevenir y atender la violencia familiar y contra las mujeres se disminuyen sus repercusiones en la salud (ya sea las directas o las que ocurren como efecto de la violencia) tales como las lesiones, los traumatismos, las infecciones de transmisión sexual, los abortos inseguros, el abuso sexual, los problemas prenatales y perinatales, el bajo peso al nacer, la depresión, la ansiedad, los trastornos de sueño y alimentarios, la complicación de enfermedades crónico degenerativas, la muerte materna, el suicidio, femicidio o infanticidio.(4)

Al reconocer a la violencia como un problema de salud pública y atenderla disminuimos los costos sociales así como los costos médicos por la atención de las lesiones y los gastos generados por la aparición o las complicaciones de otras enfermedades.

Los beneficios de la atención de la violencia han sido ampliamente descritos; sin embargo el problema presenta una serie de circunstancias que lo hacen difícil de abordar en las unidades de salud, ya que el personal de salud no lo ubica fácilmente como un problema que le corresponde atender. Otro aspecto problemático es que en los planes de estudios el tema de la violencia no se encuentra incluido en el mapa curricular, lo cual lleva a que no se cuente con los conocimientos y herramientas necesarias para la atención, y en el caso del personal que está dispuesto a atender a las personas que viven violencia, tenga miedo a generar más daño que beneficio o a tener problemas legales a futuro. Por otro lado, consideramos que la formación con perspectiva de género es de suma importancia para atender estos casos en las unidades de salud, porque sabemos que todas las creencias sexistas en contra de la mujer relacionadas con los roles de género se han enseñado en nuestro contexto familiar y social y se han reforzado, sin que se nos haya sensibilizado al respecto, y estas creencias aunadas a los mitos relacionados con la violencia (*como por ejemplo, "si no se va de esa relación donde le pegan es que le ha de gustar"*), permean al momento de proporcionar la atención. Por otro lado, el mismo personal de salud refiere que las propias autoridades no tienen interés suficiente en el tema, ya que no lo consideran una prioridad, y por ende no promueven la capacitación en esta área.

Elegimos la Teoría Social Cognitiva de Bandura que establece que el aprendizaje se produce por la determinación recíproca de la conducta, la persona y el medio ambiente, y que de alguna forma se complementa con el modelo ecológico ayudándonos a comprender el fenómeno de la violencia y marcando las pautas para su intervención. Por otro lado la teoría social cognitiva es un modelo que explica el aprendizaje y que además trabajó con el tema de violencia, siendo uno de los primeros en realizar experimentos que buscaban el origen de la violencia en los niños y adolescentes (se realizó un estudio que concluyó que la violencia es vista como un comportamiento positivo, ya que siempre que sea posible ejercerla, se es más respetado y al obtener el respeto de los demás y la admiración de los padres se refuerza la agresividad y el comportamiento violento, además de que al niño no se le muestran las consecuencias o afecciones que esta conducta provoca, como un aspecto negativo, lo cual se agrava cuando el entorno familiar valida estos actos). (54)

Otro aspecto fundamental del cual nos habla Bandura es de la "autoeficacia", entendida como la convicción personal de que uno puede realizar con éxito cierta conducta. Si una persona percibe que no es capaz de realizar cierta conducta, es menos probable que la realice. Además, la motivación por experiencias previas agradables o recompensas deseables, sirve para incorporar una nueva conducta, para lo cual se requiere contar con metas claras que ayuden a la persona a autorregularse por medio del monitoreo continuo. Dentro de las limitaciones que supone el uso de

esta teoría está el hecho de que considera la interacción entre la conducta, la persona y el medio ambiente. Y que para esta estrategia resultó difícil intervenir en cada uno de estos niveles (55). No obstante considero que diversos aspectos y herramientas que contempla esta teoría, son de gran relevancia y fueron retomados para diseñar ésta propuesta, por lo cual decidí no sacarla de mi marco teórico de referencia.

Utilizamos también la teoría del aprendizaje significativo la cual nos dice que la persona que se está capacitando relaciona de manera sustancial la nueva información con sus conocimientos y experiencias previas, además de resaltar la importancia de plantear las experiencias educativas y los materiales de estudio que ayuden a lograr el aprendizaje significativo necesario para trascender y cambiar la forma tradicional de aprender (a través de la repetición memorística de contenidos inconexos), logrando construir significados, dar sentido a lo aprendido y entender su ámbito de aplicación y relevancia en situaciones cotidianas. (44) Esto se vincula perfectamente y se complementa con los aspectos que establece la teoría social cognitiva para la modificación del comportamiento.

Además, necesitamos formas de aprendizaje activo y que esté centrado en experiencias significativas y motivantes (auténticas) que fomente el pensamiento crítico y la toma de conciencia. Asimismo, que involucre la participación en procesos en los cuales el diálogo, la discusión grupal y la cooperación son centrales para definir y negociar la dirección de la experiencia de aprendizaje. Finalmente, aborda el papel del facilitador como postulador de problemas (en el sentido de retos abordables y significativos) que permitan generar preguntas relevantes que conduzcan y encuadren la enseñanza. (47)

6. JUSTIFICACIÓN

Como ya se mencionó, la elevada prevalencia de la violencia a nivel mundial lo hace uno de los principales problemas de salud pública; además sabemos que la violencia no es privativa de ningún grupo étnico, de edad o sexo y afecta a cada uno de ellos en forma diferente. En nuestro país la violencia de pareja afecta a 6 de cada 10 mujeres las cuales han sufrido de violencia alguna vez en la vida (19) Por otro lado, se sabe que la atención de las personas que viven violencia familiar impacta en los servicios de salud y en cuanto a los costos de la violencia se sabe que las víctimas de violencia doméstica o sexual a lo largo de sus vidas presentan más problemas de salud que las personas que no sufren maltrato y se ha observado que los costos de atención sanitaria que se generan son más elevados porque acuden con mayor frecuencia a los servicios hospitalarios de urgencia. Esto también sucede con los menores maltratados. (16)Y se ha estimado que los costos médicos directos de atención de toda la violencia contra las mujeres rebasan los 1.5 billones de dólares anuales (9).

Las experiencias tanto de las organizaciones de la sociedad civil, como de las instituciones públicas que han establecido servicios para la atención al problema, indican que la detección temprana y la atención oportuna a mujeres que viven violencia puede ayudarles a salir del ciclo de la violencia, reduciendo el impacto de este problema sobre la carga de enfermedad y el riesgo de muerte de las mujeres. En particular entre las mujeres que se encuentran en una situación de violencia severa y extrema, la atención oportuna ha mostrado utilidad para salvarles la vida y ayudarles a encontrar caminos hacia una vida libre de violencia; lo cierto es que éstas mujeres en caso de no recibir atención oportuna, corren un alto riesgo de morir por esta causa. (25)

Por otro lado, estudios a nivel nacional e internacional han mostrado que el personal de salud tiene habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta.

Por lo antes expuesto es claro que debemos implementar y/o reforzar las acciones para detectar y atender a las personas que viven actualmente en situación de violencia, debido a los riesgos que implica para su salud. En este sentido la OMS reconoce que el personal de salud que se encuentra con frecuencia entre los primeros que ven a las personas en situación de violencia, y que tienen una capacidad técnica sin igual y gozan de una posición especial en la comunidad para ayudar a quienes se encuentran expuestas a ese riesgo. (4)

Consideramos que se requiere diseñar una estrategia de capacitación diferente a las que se han realizado, donde regularmente se proporciona información técnica al personal de salud buscando que realice o implemente una actividad y no se consideran otros aspectos que modifiquen su actitud ante la problemática. Es por ello de gran importancia no sólo capacitar sino sensibilizar al personal médico sobre violencia familiar y contra las mujeres. Tomando en cuenta que la población de la comunidad de Santa Isabel Tola percibe que la violencia en la comunidad, así como el maltrato infantil y la violencia familiar en los hogares son problemas que afectan a la población, y el brindar atención a esta problemática reduce los daños a la salud provocados por la violencia, dentro de los cuales se encuentran las enfermedades crónico degenerativas, enfermedades que afectan a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los costos generados por las mismas.

6.1 Identificación de la estrategia de capacitación

El centro de salud Santa Isabel Tola requiere una estrategia de capacitación en la detección y atención de la violencia familiar y de género que impacte en todo el personal adscrito al mismo y lograr que muestren una actitud de apoyo y seguimiento ante los casos de violencia; para lo cual no sólo requiere estar capacitado y contar con conocimientos teóricos sino además estar sensibilizado ante dicha problemática.

7. OBJETIVOS

7.1 Objetivo general

Diseñar una estrategia de capacitación para que el personal médico y de salud de tres unidades de salud reconozca la violencia familiar y de género para su detección y atención esencial según lo establece la NOM 046-SSA2-2005 y el Modelo Integrado para la Detección y Atención de la Violencia Familiar y de género.

7.2 Objetivos específicos

1. Diseñar una estrategia que permita sensibilizar al personal de salud ante casos de violencia, desde su propia experiencia.
2. Incluir en la estrategia técnicas y recursos didácticos que permitan que el personal de salud identifique y elimine mitos y barreras en la atención a personas que viven violencia.
3. Incluir en la estrategia temáticas que pongan en evidencia la manera en que la violencia familiar y de género contribuye a propiciar o complicar enfermedades preexistentes.
4. Incorporar en la estrategia herramientas que ayuden al personal de salud en la detección y atención esencial de la violencia.

8. METAS

- Diseñar un curso para el personal de salud desde la teoría social cognitiva y el aprendizaje significativo.
- Incluir técnicas didácticas, socio afectivo, lúdico y vivencial, para que el personal identifique sus propios mitos y miedos sobre la atención y detección de la violencia.
- Incorporar en el diseño del curso información científica que respalde el argumento de que la capacitación tiene beneficios y por el contrario el no detectar y atender la violencia en unidades de salud tiene consecuencias negativas.
- Incluir en el proceso discusiones y reflexiones que permitan conocer y reconocer la manera en que se realiza la detección y atención de la violencia y si ésta está de acuerdo con el Modelo Integrado y a la NOM 046 ssa2-2005, en unidades de la Secretaría de Salud.

9. ESTRATEGIAS

- Recopilación e integración de la información necesaria para implementar tres talleres de capacitación sobre violencia familiar y de género.

- Integración de un marco conceptual sobre la atención de la violencia familiar y de género dentro de las unidades de la Secretaría de Salud, con el fin de contextualizar la atención de la violencia dentro de los servicios de salud e incluir aspectos esenciales del tema que ayuden a los médicos y personal de salud en la atención integral de la misma; se prevé que dicha información sea proporcionada al personal durante su capacitación.
- Análisis de literatura que describa las condiciones que impiden al personal de salud visibilizar y dar atención a la violencia familiar y de género.
- Realizar una búsqueda y selección de técnicas didácticas lúdicas, participativas y vivenciales así como materiales audiovisuales y estudios de casos, entre otras, para ser incluidas en los cursos. Para ello se solicitarán y revisarán los materiales con que cuenta el CNEGYSR, así como otros referidos por la literatura. Se seleccionarán las técnicas que más estimulen la sensibilización, proporcionen habilidades prácticas en las unidades médicas y estén acordes a los documentos normativos para la atención de la violencia familiar y de género.

9.1. Actividades o acciones generales

- Diseñar y proponer la realización de un curso dirigido a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos con el fin de sensibilizarlos y capacitarlos en la detección, atención y canalización de casos de violencia de género en cada centro de salud. Las características propuestas para el curso son las siguientes:
 - Metodología participativa, con técnicas vivencias, socio afectivo y lúdico.
 - Máximo de participantes: 25 por cada curso
 - Duración: 16 hrs., divididas en 4 sesiones por mes, una vez cada semana, de 4 hrs. por sesión.
- Diseñar la carta descriptiva para la realización de los talleres.
- Elaborar un plan de trabajo para la realización de los talleres.
- Elaborar un cronograma de actividades.
- Elaborar el perfil de los/las facilitadores/as de los talleres.
- Realizar la estimación de costos.

- Elaborar una propuesta de evaluación de los conocimientos y actitudes adquiridos en los talleres; se propone aplicar una prueba diagnóstica y otra al final del taller.

9.2 Actividades o acciones específicas

- Realizar rastreo de información en bases de datos electrónicas, así como en medios impresos, sobre los siguientes temas:
 - o Conceptos generales sobre violencia
 - o Magnitud de la violencia nacional e internacional
 - o Violencia familiar y de género
 - o Efectos a la salud causados por la violencia
 - o Costos de la violencia
 - o Normatividad y aspectos legales
 - o Mitos y realidades que presenta el personal de salud ante las acciones de detección y atención de la violencia
 - o Capacitación, teorías y modelos de modificación del comportamiento.
- Realizar una búsqueda de técnicas didácticas obtenidas de los materiales que se solicitarán al CNEGYSR, así como de otros referidos por la literatura, para seleccionar las que más estimulen la sensibilización y proporcionen habilidades prácticas en las unidades médicas acorde a los documentos normativos para la atención de la violencia familiar y de género.
- Diseñar técnicas de modelaje y vivenciales desde el aprendizaje significativo que permitan al personal darse cuenta de sus propios miedos y barreras.
- Incluir el análisis de las barreras personales, familiares, políticas y sociales así como institucionales que al personal de salud le impiden realizar la detección y atención de casos de violencia en sus unidades de trabajo.
- Elaborar el programa, cartas descriptivas, estimación de costos y necesidades, así como el cronograma de los talleres.

10. LÍMITES DE ESPACIO Y TIEMPO

1. Temporalidad de la intervención: 4 meses
2. Número de capacitaciones: 3 cursos

3. Número de sesiones: 4
4. Frecuencia: 1 sesión semanal
5. Duración por sesión: 4 hrs.
6. Duración por curso: 16 hrs. (1mes)
7. Horario: 10:00 a 14:00hrs (Flexible)
8. Lugar: Aula de capacitación de las unidades de salud
9. Área geográfica: en los centros de salud ubicados en las siguientes colonias: Martín Carrera, San Bartolo Atepehucán y Esmeralda.
10. Personal a capacitar: personal médico y otro personal de salud (enfermería, trabajo, social, psicología).
11. Ubicación de los centros de salud.
 - Comunitario T-III-A Dr. Manuel Cárdenas de la Vega 5 de febrero No. 12 Esq. José Ma. Bocanegra, Col. Martín Carrera que es el que le proporciona atención a la comunidad de Santa Isabel Tola.
 - Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez Av. Montevideo 555 Esq. 17 de mayo, Col. San Bartolo Atepehucán C.P. 07730, Del. Gustavo A. Madero y
 - Centro de Salud Comunitario T-II La Esmeralda Norte 94 y Oriente 171, Col. Esmeralda, C.P. 07540, Del. Gustavo A. Madero. Que son los centros de salud más cercanos a la comunidad.

11. APOYO A PROGRAMAS, PLANES Y POLÍTICAS

Esta propuesta de capacitación busca ser una herramienta para dar cumplimiento a los diferentes acuerdos y compromisos suscritos a nivel nacional e internacional por nuestro país para la prevención, y atención de la violencia familiar y de género, como por ejemplo los establecidos en la Convención Interamericana Belem do Pará en la que México se comprometió a adoptar por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar este problema”, así como los establecidos por la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), cuyo fundamento se basa en la “prohibición de todas las formas de discriminación contra la mujer. Como parte de estos compromisos, el gobierno ha impulsado distintas leyes, como la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, que se publicó en agosto de 2006 y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en febrero de 2007. Que en su artículo 46 refiere que corresponde a la Secretaría de Salud diseñar con perspectiva de género, la política de prevención, atención y erradicación de la violencia contra las mujeres y brindar atención médica y psicológica con perspectiva de género a las víctimas. El Programa Nacional de Salud 2007-2012, contempla en su estrategia 2, fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, prevención y control de enfermedades, y en específico, en su línea de acción 2.15 establece que se deberá, reducir la

prevalecía de daños a la salud causados por violencia. (25), a través del Programa Específico para Prevenir y Atender la Violencia de la Secretaría de Salud este a su vez busca garantizar el cumplimiento de lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005, la cual en uno de sus apartados establece que las y los prestadores de servicios de salud que otorguen atención a las o los usuarios involucrados en situación de violencia deberán recibir periódicamente sensibilización, capacitación y actualización, se hace referencia que los contenidos indispensables de abordar son los siguientes: marco conceptual sobre género, violencia, violencia familiar y sexual, violencia contra las mujeres, derechos humanos (incluidos los sexuales y reproductivos). Con el fin de que el personal cuente con información sobre la atención integral, oportuna y de calidad. (31)

12. COMPONENTES GENERALES DEL PROYECTO

Considerando que la capacitación en las unidades de salud se dificulta ya que el sustraer al personal de salud y en particular al personal médico significa dejar descubierta la consulta o disminuir el número de atenciones que se brindan, ello impide capacitar a todo el personal a un mismo tiempo. Por ello se propone capacitar en fases que permitan continuar con la atención proporcionada por la unidad sin descuidar la consulta externa y servicios proporcionados a las y los usuarios. Para ello se propone realizar los talleres en tres centros de salud diferentes que se encuentran cerca de la comunidad de Santa Isabel Tola y cercanos al centro de salud Dr. Manuel Cárdenas de la Vega, que es el que proporciona la atención a esta colonia. Los propósitos son: capacitar y sensibilizar al personal de salud en tres fases, cada uno de los cursos realizarlos en las instalaciones de las unidades abajo enlistadas con el objetivo de mover al personal de la unidad en la que labora y así asegurar que durante el curso no se solicite al personal alguna otra actividad que no sea estar en el curso y garantizar la permanencia, considerando que sería dentro de su horario de trabajo; otro aspecto relevante es que contaríamos con tres fechas programadas para los cursos con el fin de garantizar que el personal acuda a alguna de las capacitaciones aún si tuvieran actividades previamente programadas, ya fuese por vacaciones, citas, problemas de salud, etc. También se recomienda utilizar las instalaciones de la propia unidad para no generar mayores gastos, así como para garantizar que la distancia no sea alguna excusa para que el personal no asista. Además, al capacitar al personal de salud de las otras dos unidades las cuales fueron seleccionadas por su cercanía a la comunidad de Santa Isabel Tola reforzaríamos la detección y atención a los casos de violencia que por múltiples razones no acudieran al centro de salud que le corresponde, es decir, abarcaríamos los centros de salud más cercanos a esta comunidad.

Considerando que la mayoría de las capacitaciones al personal de salud y principalmente al personal médico tiende a ser sólo técnica lo cual ayuda a proporcionar nuevo conocimiento pero no a modificar la actitud o el comportamiento y que en este caso lo que buscamos es un cambio de actitud ante la violencia familiar y contra las mujeres y promover en los médicos las acciones de

detección y atención, consideramos enmarcar estos talleres dentro de lo establecido en la teoría social cognitiva, principalmente ayudándonos de la técnicas de modelaje, y aplicando las técnicas y recursos didácticos desde el aprendizaje significativo para poder impactar en la autoeficacia percibida de los participantes, para lograr las metas y objetivos planteados.

Por último, se propondrá una evaluación a través de un cuestionario con una Escala Likert para medir el conocimiento y la Autoeficacia del personal de salud en esta problemática en sus áreas de trabajo con un pre y post test y un cuestionario con preguntas abiertas para evaluar al curso y al facilitador.

Acciones generales:

1. Para participar en la intervención, se seleccionará a las siguientes tres unidades de salud:
 - ❖ Centro de Salud Comunitario T-III-A Dr. Manuel Cárdenas de la Vega 5 de febrero No. 12 Esq. José Ma. Bocanegra, Col. Martín Carrera que es el que le proporciona atención a la comunidad de Santa Isabel Tola.
 - ❖ Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez Av. Montevideo 555 Esq. 17 de mayo, Col. San Bartolo Atepehucán C.P. 07730, Del. Gustavo A. Madero y
 - ❖ Centro de Salud Comunitario T-II La Esmeralda Norte 94 y Oriente 171, Col. Esmeralda, C.P. 07540, Del. Gustavo A. Madero. Que son los centros de salud más cercanos a la comunidad.
2. Debido a que no es posible reunir a todo el personal de salud de una unidad en un solo momento (porque colapsarían los servicios de atención), la estrategia de elegir tres unidades, permitirá dividir en hasta tres partes el personal adscrito a cada una.
3. Se elaborara y solicitará por oficio a cada uno de los directores de las unidades y a la Jurisdicción Gustavo A. Madero la participación en el proyecto, para entrar y ejecutarlo.
4. Se establecerán los lugares (aulas o salones) para desarrollar las capacitaciones
5. Se propondrá la realización de tres cursos de un mes de duración, de cuatro sesiones de cuatro horas cada una, en horario tentativo de 10:00 a 14:00hrs y se establecerá como número máximo de participantes, 25 por sesión.
6. Se aplicará una metodología basada en las Teoría Social Cognitiva y la Teoría del Aprendizaje Significativo. Se propondrán con técnicas didácticas participativas, vivenciales, lúdicas .
7. Se elaborará la propuesta de carta descriptiva y los formatos de una ficha de identificación, el cuestionario de pre test y post test, el cuestionario para evaluar el taller y al facilitador y un formato de la lista de asistencia.

8. Reunión de cierre con el personal directivo de las unidades de salud participantes para exponerle los hallazgos.
9. Elaboración del informe de resultados.

Es importante mencionar que el abordaje de estas temáticas para darle al taller un carácter vivencial se utilizaron técnicas didácticas que implican el auto análisis y reflexión de mi propias experiencias, conductas y acciones en relación la violencia , también cuestionan y exploran mi creencias y comportamientos con relación a la atención de la violencia en los servicios de salud. La descripción de la técnica usada para las diferentes sesiones está claramente descrita en las guía didácticas del maletín y dicha información se encuentra en un CD y un DVD los cuales contienen las técnicas didácticas y los corto metrajes de la carta descriptivas, sin embargo en el presente trabajo se encuentran descritas las técnicas utilizadas en el anexo 7.1.

Recursos para la estrategia de capacitación

En los cuadro del 4 al 9 se desglosa la propuesta de guías, manuales, materiales didácticos, insumos, equipo electrónico y consumibles, que se utilizan en el taller, así como una opción para acomodar el salón o aula para el mejor desempeño el personal y el aprovechamiento de los espacios. Además se especifica el perfil de los facilitadores/as, para garantizar que el personal que lo imparte contra con las herramientas necesarias para el logro y cumplimiento de los objetivos.

Cuadro.4 Impresos, guías, manuales y material didáctico

Material
Tarjetas de memoria
Un manual del Modelo Integrado (se puede obtener también vía Internet)
Una Guía de Atención a personas Violadas (se puede obtener también vía Internet)
Un maletín didáctico, que contiene un CD con presentaciones en Power Point sobre el Modelo Integrado y la NOM 046 SSA2-2005, 5 fascículos que contienen dinámicas y técnicas didácticas para impartir talleres y un DVD con cortometrajes alusivos a la violencia y al tema de género.
El juego didáctico “Preguntómetro” para comprender la NOM 046 SSA2-2005

*Se solicitará el apoyo y autorización al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para utilizar los siguientes materiales en los talleres.

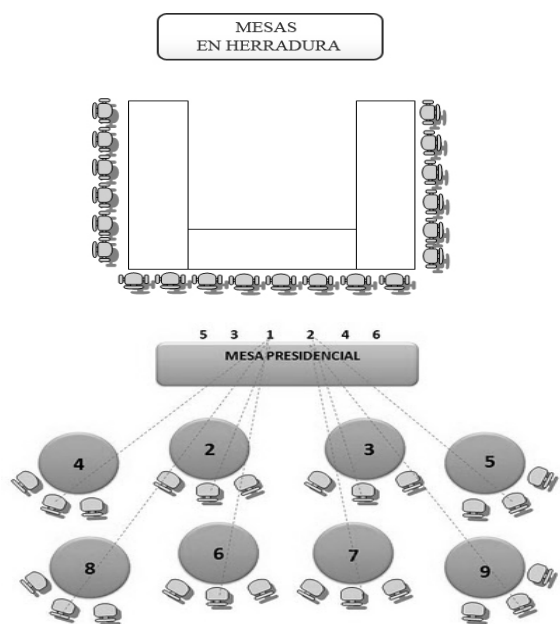
Cuadro. 5 Material e insumos para el taller

Material
Copias de los formatos pre-test , post-test, ficha de identificación y lista de asistencia
Hojas blancas / etiquetas
Hojas de rotafolio
Plumas, plumones, gises
Borrador
Cinta adhesiva
Hojas de opalina blanca para la elaboración de las constancias
Tóner para impresora

Cuadro 6 Equipo mobiliario para salón conferencias y negocios

Equipo
Mesa
Sillas
Pantalla
Rota folio
Pizarrón

Figura.4 Distribución las mesas y sillas en el aula o salón de eventos



Cuadro 7 Equipo electrónico para salón conferencias y negocios

Equipo electrónico
Cañón
Laptop
Micrófono

Bocinas
Pantalla

Cuadro 8 Perfil del facilitador/a

Perfil del o la facilitadora
Profesionista (Lic. En Psicología , Medicina o Licenciaturas del área de humanidades)
Formación en perspectiva de género
Experiencia en facilitación de grupos
Formación en violencia familiar y violencia sexual
Conocimientos sobre la NOM 046 SSA2-2005
Experiencia de trabajo en las áreas de violencia familiar y violencia sexual
Experiencia de trabajo en servicios de salud de la Secretaría de Salud

Para los talleres se requiere que durante la facilitación la persona que realizará la capacitación sea apoyada por el o la responsable del programa de violencia en la unidad.

Cuadro 9 Alimentos para los descansos

Coffe Break **
Café y Te
Galletas
Agua
Azúcar
Sustituto de crema

**El proporcionar el Coffe Break es opcional y dependerá de los recursos del centro de salud.

13. ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

13.1 Factibilidad de mercado

Análisis

Demanda de la estrategia de capacitación

El producto principal es el curso de capacitación en detección y atención a la violencia familiar y de género basado en el Modelo Integrado y la Norma Oficial Mexicana 046SSA2-2005. Los productos secundarios son el cronograma de actividades y la carta descriptiva.

El curso está dirigido al personal de los tres centros de salud. Consideramos que son los directivos de las unidades de salud y las autoridades de la Jurisdicción de la delegación Gustavo A. Madero quienes más se beneficiarán con la posibilidad de contar con personal capacitado en sus unidades. Como ya habíamos explicado, el personal de salud y en particular los médicos durante su formación, no cuentan dentro de sus planes de estudio con programas de prevención y atención de la violencia, por lo que no están capacitados o lo están de manera inadecuada en los temas de violencia familiar y de género y por lo tanto no cuentan con las herramientas necesarias ni están sensibilizados para atender casos de violencia.

Como ya también se documentó, los costos directos e indirectos causados a los servicios de salud y a las propias personas que viven en la comunidad de Santa Isabel Tola se podrán reducir al detectar y atender de forma temprana los casos de violencia que se presenten. Si bien la responsable del programa de violencia mencionó que habían recibido cursos sobre violencia, el personal de salud no quería realizar las actividades de detección y atención porque las capacitaciones realizadas se centraron más en los conocimientos teóricos que en la sensibilización. Por esta razón y porque no perciben el impacto en sus propias vidas y/o en su trabajo diario, al poco tiempo de la capacitación el personal tiende a olvidarla.

El Barrio de Santa Isabel Tola cuenta con una población total 13,876 859 que se distribuye de la siguiente manera; población femenina 7,142 y población masculina 6,690. Es evidente que la población requiere atención a la problemática de la violencia en forma integral involucrando a las diferentes instituciones gubernamentales y de la sociedad civil; de hecho la población percibe a la violencia y a el maltrato infantil como problemas en su comunidad los cuales requiere atención y seguimiento, es por ello que aprovechando que contamos con el programa de violencia en la unidad que le proporciona servicios de salud a esta comunidad los servicios de salud pueden ser la institución que aborde y atienda el problema y sirva de disparador para que otras instituciones colaboren generado así un efecto dómينو que beneficiaría a la población blanco.

Oferta de la estrategia de capacitación:

En la actualidad, las capacitaciones que se dan al personal de salud utilizan métodos de enseñanza tradicionales en los cuales no se considera la teoría del aprendizaje significativo. Es así que el enfoque desde la perspectiva de la teoría social cognitiva y del aprendizaje significativo proporcionará no sólo la capacitación del personal de salud sino su sensibilización, lo que ayudará a derribar barreras que tiene el personal de salud para su detección y atención, al modificar su actitud ante dicha problemática. Se trata por lo tanto de un producto que en comparación con las estrategias que ya existen en la actualidad, tiene mayores niveles de costo-efectividad potencial.

El costo de un taller de estas características se cotiza entre los 15,0000 y 35,0000 pesos, incluyendo los honorarios del ponente, el coffe break y el material didáctico. Sin embargo en estos talleres sólo tenemos que considerar los honorarios del/la facilitador/a los cuales fluctúan entre los 800 y 1,500 pesos por hora de trabajo es decir 12,800 y 24,000 en total.

Como estrategias de difusión del taller, se dirigirán memorándum al personal de las unidades seleccionadas y carteles que se colocarán en la entrada de cada una de las unidades de salud.

13.2 Factibilidad técnica

Se espera que las unidades de salud proporcionen los recursos técnicos y materiales que requieren en cada uno de los talleres. Prácticamente el costo mayor serán los honorarios de los profesores. Los recursos que se requieren para desarrollar los talleres son los siguientes:

Para las sesiones: laptop, proyector de diapositivas, aula, 25 sillas, pizarrón, rotafolio, marcadores, borrador.

Para promoción y publicidad: papel cartulina, marcadores, pegamento, pizarrón, mantas, impresión de carteles.

Recursos humanos: un/a facilitador/a y el o la responsable del programa de violencia en la unidad.

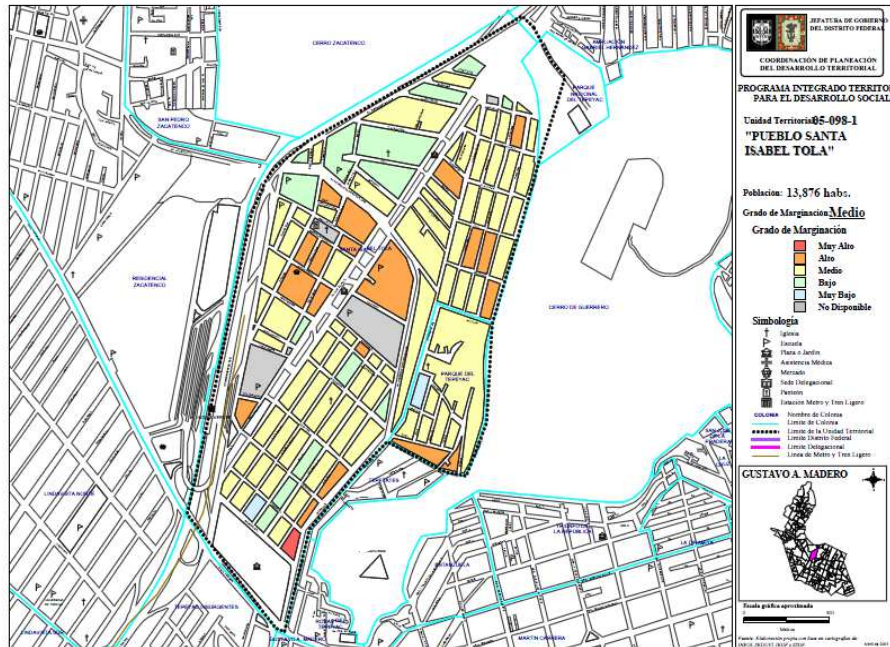
Localización del proyecto

Se ubica en la delegación Gustavo A Madero del Distrito Federal, en las siguientes colonias figuras 5 y 6:

1. Centro de Salud Comunitario T-III-A Dr. Manuel Cárdenas de la Vega 5 de febrero No. 12 Esq. José Ma. Bocanegra, Col. Martín Carrera que es el que le proporciona atención a la comunidad de Santa Isabel Tola.
2. Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez Av. Montevideo 555 Esq. 17 de mayo, Col. San Bartolo Atepehucán C.P. 07730, Del. Gustavo A. Madero y
3. Centro de Salud Comunitario T-II La Esmeralda Norte 94 y Oriente 171, Col. Esmeralda, C.P. 07540, Del. Gustavo A. Madero. Que son los centros de salud más cercanos a la comunidad.

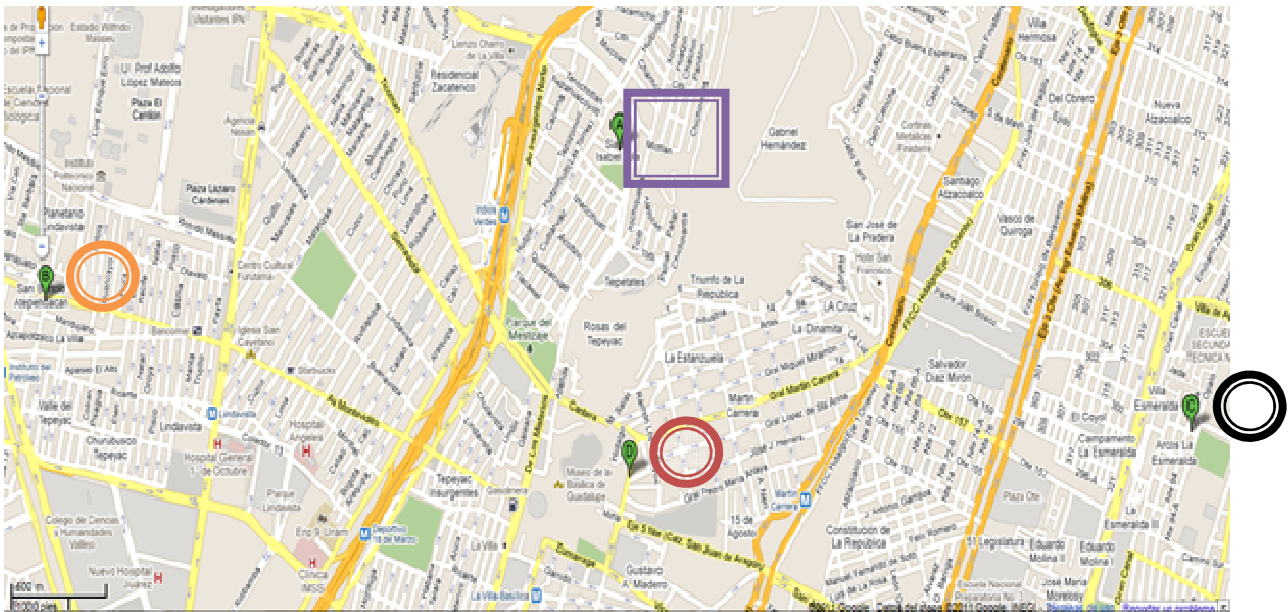
En la siguiente figura se encuentra representada geográficamente el área de trabajo.

Figura. 5 Croquis de la Colonia Santa Isabel Tola la cual será beneficiada por el proyecto



Fuente: Sistema de Información Económica, Geográfica y Estadística
http://www.siege.df.gob.mx/copladet/delegaciones/GAM/05-098-1%20PBLO%20STA%20ISABEL%20TOLA_GAM.pdf

Figura. 6 Localización de los Centros de Salud donde se realizarán los talleres



-  Comunidad de Santa Isabel Tola
-  Centro de Salud Comunitario T-III-A Dr. Manuel Cárdenas de la Vega
-  Centro de Salud Comunitario T-III Dr. Rafael Ramírez Suárez
-  Centro de Salud Comunitario T-II La Esmeralda

13.3 Factibilidad financiera y costos

En cuanto a los costos de los recursos humanos, materiales y de servicios, se establece la siguiente propuesta económica:

Tabla 1 Recursos técnicos por taller

Recurso	Cantidad	Precio (c/u)	Subtotal
---------	----------	--------------	----------

Laptop°	1	5000	5000
Proyector °	1	6000	6000
Total (pesos)	-	-	\$ 11,000

° No indispensable

Nota: es importante señalar que la laptop y el proyector son opcionales

Costo del facilitador/a (pago por sesión programada). Ver tabla.

Tabla. 2 Costo de facilitador/a por sesión

Personal	Horas x sesión	Precio x sesión	Subtotal
Facilitador/a	4 hr	3200	3200
Facilitador/a	4 hr	3200	3200
Facilitador/a	4 hr	3200	3200
Facilitador/a	4hr	3200	3200
Total (pesos)	16	\$12, 800	\$12, 800

Costo de facilitador/a (psicólogo/a responsable del programa de violencia que ya se encuentra laborando en la unidad de salud, que se encargaría de apoyar a la actividad).

Tabla. 3 Costo de Facilitador/a por todos los talleres

Personal	Hora x taller	Precio x taller	Subtotal
Facilitador/a	16hrs	12,800	12,800
Facilitador/a	16hrs	12,800	12,800
Facilitador/a	16hrs	12,800	12,800
Total (pesos)	48 hrs	\$ 38,400	\$ 38,400

Considerar que los facilitadores serán solicitados al programa de violencia a nivel estatal

En las siguientes tablas se describe el costo del insumo necesario para llevar a cabo el proyecto.

Tabla 4 Gasto por material de oficina por taller

Material de oficina	Precio
Copias de los formatos pre-test , post-test, ficha de identificación y lista de asistencia	1800
Hojas blancas / etiquetas	100
Hojas de rotafolio	200
Plumas, plumones	100
Borrador	30
Cinta adhesiva	30
Hojas de opalina blanca para la elaboración de las constancias	200
Tóner para impresora	500
Pizarrón blanco	500
Rotafolio	500
Borrador	1
Total	3,961

Tabla.5 Gasto en alimentos por taller

Coffe Break **	Precio por taller
-----------------------	--------------------------

Café	50
Galletas	80
Agua	100
Te	50
Azúcar	20
Sustituto de crema	50
Total (pesos)	\$350

** Alimentos o Coffe Break son opcionales y de acuerdo a los recursos de las unidades.

Financiamiento

Este proyecto será financiado con recursos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, específicamente por el Programa de Violencia Familiar y de Género en los centros de salud seleccionados.

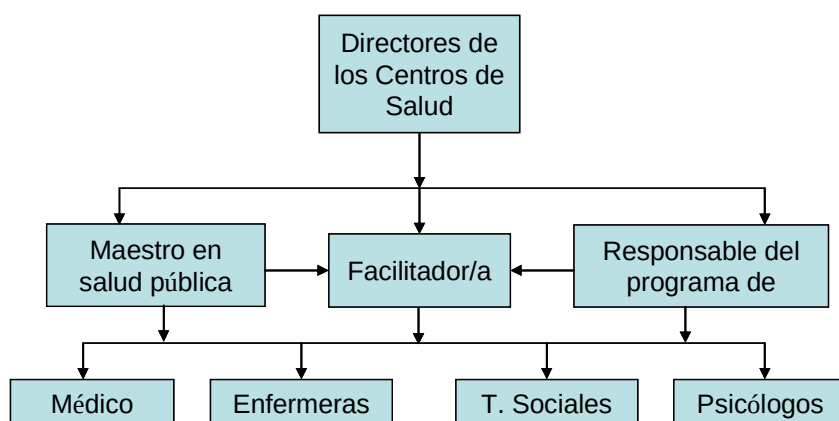
13.4 Factibilidad administrativa

En este sentido no se presenta mayor problema para la ejecución de la actividad ya que consideramos que el director de la unidad será la persona fundamental para la realización de los talleres; en primer lugar es quien apoyará y validará la capacitación en la unidad, proporcionará los efectos estructurales y técnicos para la implementación de la estrategia y convocará al personal médico y al resto del personal de salud para acudir a la capacitación. Es posible que en ocasiones surjan circunstancias fuera de control como órdenes del nivel jurisdiccional y estatal que cambien la programación o ejecución a última hora.

Por otro lado, en mi caso estaré proporcionando asesoría en los diferentes niveles y procesos de la estrategia. Es además de gran importancia que la o el responsable del programa de violencia colabore en toda la dinámica, con la finalidad de garantizar la ejecución del proyecto y resolver situaciones de última hora en el momento de la impartición de los talleres. Además, será quien mantendrá contacto con los otros responsables del programa en los demás centros de salud para la ejecución y realización.

En la siguiente figura se encuentra representada la distribución del personal que estará involucrado y con ello se trabajará de forma interdisciplinaria, sin que una persona tenga más proyección que otra.

Figura. 7 Organigrama del recurso humano del proyecto



13.5 Factibilidad política, social y legal

La factibilidad es elevada, ya que por un lado el Programa Nacional de Salud 2007-2012 contempla reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia y para esto se apoya en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que en su artículo 46 establece que la Secretaría de Salud debe realizar programas de capacitación al personal de salud. Esto a su vez se ve reforzado con lo establecido en la NOM-046-SSA2-2005, la cual establece los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual y que además indica que se deben realizar actividades de sensibilización y capacitación al personal en este problema de Salud Pública. Para asegurar la factibilidad operativa además se enviarán oficios en los cuales se solicitará la autorización de los

directores de las unidades seleccionadas, así como las autoridades jurisdiccionales, estatales y federales de la Secretaría de Salud. Así mismo se respetará el código normativo de cada unidad, así como el de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en la Delegación Gustavo A. Madero. La estrategia, en suma, no contiene elemento alguno que pudiera generar algún tipo de resistencia por parte de ninguno de los actores involucrados, por el contrario ofrece, claros beneficios tanto a las unidades de salud, como a la jurisdicción, al programa y a la población que se beneficiará de su implementación.

Habiendo elaborado un análisis de cada uno de los aspectos relacionados con la factibilidad técnica, financiera, administrativa, política, social y legal, podemos concluir entonces que es factible que la estrategia se pueda implementar, considerando que la mayoría de los materiales son de fácil adquisición y que ya se encuentran en las unidades de salud y por otro lado, los que no son de un costo accesible, pueden ser proporcionados por el propio programa de violencia a nivel estatal.

14. PLAN DETALLADO DE LA EJECUCIÓN

Cuadro 10 Programación

Objetivo General	Objetivos Específico	Metas	Estrategias	Actividades
Diseñar una estrategia de capacitación para que el personal médico y de salud de tres unidades de salud reconozca la violencia familiar y de género	1. Diseñar una estrategia que permita sensibilizar al personal de salud ante casos de violencia, desde su propia experiencia. 2. Incluir en la estrategia técnicas y recursos didácticos que permitan que el personal de salud identifique y elimine mitos y barreras en la atención a personas que viven violencia.	A. Diseñar un curso para el personal de salud desde la teoría social cognitiva y el aprendizaje significativo. B. Incluir técnicas didácticas, socios afectivos, lúdicos y vivenciales, para que el personal identifique sus propios mitos y miedos sobre la atención y detección de la violencia.	a. Recopilación e integración de la información necesaria para implementar tres talleres de capacitación sobre violencia familiar y de género. b. Integración de un marco conceptual sobre la atención de la violencia familiar y de género dentro de las unidades de la secretaria de salud, con el fin de contextualizar la atención de la violencia dentro de los servicios de salud e incluir aspectos esenciales del tema que ayuden a los médicos y personal de salud en la atención integral de la misma; se prevé que dicha información sea proporcionada al personal durante su capacitación. c. Análisis de literatura que describa las condiciones que impiden al personal de salud visibilizar y dar atención a la violencia familiar y de género.	I. Diseñar y proponer la realización de un curso dirigido a médicos, enfermeras trabajadores sociales y psicólogos con el fin de sensibilizarlos y capacitarlos en la detección, atención y canalización de casos de violencia de género en cada centro de salud. Las características propuestas para el curso son las siguientes: -Elaborar propuesta para metodología participativa, con técnicas y dinámicas vivencias, socio afectivas y lúdicas. -Elaborar un plan de trabajo para la realización de los talleres. -Elaborar un cronograma de actividades. -Elaborar el perfil de los/las facilitadores/as de los talleres. -Proponer un plan de estimación de costos. -Elaborar una propuesta de evaluación de los conocimientos y actitudes adquiridos en los talleres; se propone aplicar una prueba diagnóstica y otra al final del taller. II. Actividades o acciones específicas -Realizar rastreo de información en bases de datos electrónicas, así como en medios impresos, sobre los siguientes temas: Conceptos generales sobre violencia Magnitud de la violencia nacional e internacional Violencia familiar y de género Efectos a la salud causados por la violencia

Continúa.. Cuadro 10 Programación

Objetivo General	Objetivos Especifico	Metas	Estrategias	Actividades
Diseñar una estrategia de capacitación para que el personal médico y de salud de tres unidades de salud reconozca la violencia familiar y de género	3. Incluir en la estrategia temáticas que pongan en evidencia la manera en que la violencia familiar y de género contribuye a propiciar o complicar enfermedades preexistentes. 4. Incorporar en la estrategia herramientas que ayuden al personal de salud en la detección y atención esencial de la violencia	C. Incorporar en el diseño del curso información científica que respalde el argumento de que la capacitación tiene beneficios y por el contrario el no detectar y atender la violencia en unidades de salud tiene consecuencias negativas. D. Incluir en el proceso discusiones y reflexiones que permitan conocer y reconocer la manera en que se realiza la detección y atención de la violencia y si ésta está de acuerdo con el Modelo Integrado y a la NOM 046 ssa2-2005, en unidades de la Secretaria de Salud.	d. Búsqueda y selección de técnicas didácticas lúdicas, participativas y vivenciales así como materiales audiovisuales y estudios de caso, entre otras, para ser incluidas en los cursos. e. Solicitud y revisión de los materiales con que cuenta el CNEGYSR, así como otros referidos por la literatura. Se seleccionarán las técnicas que más estimulen la sensibilización, proporcionen habilidades prácticas en las unidades médicas y estén acordes a los documentos normativos para la atención de la violencia familiar y de género.	Costos de la violencia Normatividad y aspectos legales Mitos y realidades que presenta el personal de salud ante las acciones de detección y atención de la violencia Capacitación y teorías y modelos de modificación del comportamiento. -Realizar una búsqueda de técnicas didácticas obtenidas de los materiales que se solicitarán al CNEGYSR, así como de otros referidos por la literatura, para seleccionar las que más estimulen la sensibilización y proporcionen habilidades prácticas en las unidades médicas acorde a los documentos normativos para la atención de la violencia familiar y de género. -Proponer técnicas de modelaje y vivenciales desde el aprendizaje significativo que permitan al personal darse cuenta de sus propios miedos y barreras. Incluir el análisis de las barreras personales, familiares, políticas y sociales así como institucionales que al personal de salud le impiden realizar la detección y atención de casos de violencia en sus unidades de trabajo. -Elaborar el programa, cartas descriptivas, estimación de costos y necesidades, así como el cronograma de los talleres.

14.1 Programación detallada

14.1.1 Lineamientos de la capacitación

Capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud en la Delegación Gustavo A. Madero.

Cuadro. 11 Marco de referencia para la elaboración de la estrategia

Temática	Capacitar y sensibilizar al personal de salud para la detección y atención de personas que viven en situación de violencia familiar.
Nivel educativo	Carrera técnica, licenciatura y posgrado
Destinatarios	Personal de salud: Médicos, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Psicólogos del centro de salud
Descripción	Proporcionar conocimientos y herramientas para detectar, brindar atención esencial y referir a personas que viven en situación de violencia familiar y de género.
Metodología	Curso basado en la teoría social cognitiva y en la teoría del aprendizaje significativo Uso de técnicas vivenciales (socio – afectivas, participativas o activas y lúdicas).
Contenidos	Presentación del taller, encuadre e integración grupal y prueba de evaluación Tema 1. Qué es Sexo y Género y su relación con la violencia y la salud.(Como somos hombres y mujeres) Tema 2. ¿Qué es la violencia? (Rompecabezas del Ciclo de la Violencia) Tema 3. Aspectos normativos; NOM 046 SSA 2005 (La Corte) Tema 4. Detección de la violencia basada en el Modelo integrado y la NOM 046 SSA 2005. (Escenificaciones) Tema 5. Atención esencial, referencia y seguimiento, basados en el Modelo integrado y la NOM 046 SSA 2005.(Preguntometro) Evaluación y cierre.(Cortometraje)

Materiales de apoyo sugeridos	-Portafolio didáctico del Curso – Taller para la Operación del Modelo Integrado (Fascículos, Tarjetas, CD con Presentaciones en Power Point y DVD con películas y audiovisuales.) -Juego Didáctico: “Preguntómetro” para la NOM 046-SSA2-2005 -Manual Operativo: Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la violencia Familiar y Sexual. Secretaria de Salud. México, D.F. 2008. -NOM 046-SSA2-2005 (Formatos de Aviso al Ministerio Público APENDICE INFORMATIVO 1 y Registro de atención en caso de violencia familiar o sexual. APENDICE INFORMATIVO 2.) -Folleto “Para la prevención y atención de la Violencia familiar, sexual y contra las mujeres: ¡CONOCE! LA NOM 046-SSA2-2005!” -Guía para el diagnóstico presuntivo del MALTRATO INFANTO-JUVENIL. -Guía para la atención a personas violadas.
Actividades a realizar	1. Diseño de la estrategia 2. Solicitud de autorización 3. Selección de aulas para la realización de los talleres 4. Selección del/la facilitador/a 5. Obtención del material didáctico y técnico 6. Programación de los talleres a realizar, con fechas y sedes de cada uno de ellos. 7. Envío de los oficios de invitación 8. Entrega y colocación de los trípticos y carteles de difusión. 9. Elaboración y fotocopiado de la carta descriptiva, el formato de ficha de identificación, la lista de asistencia y el pre y post-test.
Evaluación	I.-Evaluación escrita a los participantes de los talleres II.- Evaluación del/la facilitador/a, sobre los contenidos y el taller por parte de los participantes.

14.1.2 Sesiones y temáticas

Cuadro 12 Temáticas y sesiones de los talleres

SESIONES	HORAS	TEMATICA
SESION 1	4	Presentación del taller, encuadre e integración grupal y prueba de evaluación Tema 1. Qué es Sexo y Género y su relación con la violencia y la salud.
SESION 2	4	Tema 2. ¿Qué es la violencia? Definiciones conceptuales y operativas de la violencia. Barreras, Mitos y Realidades. Tema 3. Aspectos normativos; NOM 046 SSA 2005
SESION 3	4	Tema 4. Detección de la violencia basada en el Modelo integrado y la NOM 046 SSA 2005.
SESION 4	4	Tema 5. Atención esencial, referencia y seguimiento, basados en el Modelo integrado y la NOM 046 SSA 2005. Evaluación y cierre.
Total	16hrs	

14.1.3 Carta Descriptiva

Capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud en la Delegación Gustavo A. Madero

Estado: _____ Delegación: _____
 Sede (Lugar): _____ Fecha de inicio: _____ Término: _____
 Nombre del Capacitador/a: _____ Hora de inicio: _____ Término: _____
 Dirigido a: _Personal médico _____ Responsable del Evento: _____

Sesión	Tema	Propósito	Actividad	Tiempo	Técnica (Anexo 17.1)	Material	Responsable /Capacitador
I	Recepción y Registro			10:00-10:30		Copias de ficha de registro y lista de asistencia y entrega de material	Responsable (Nombre)
	Presentación y Encuadre	Crear un espacio de respeto a las diferencias, tolerancia, reconocimiento de "iguales" y cooperación que favorezca el aprendizaje	Inauguración y bienvenida Presentación del taller y de los facilitadores(as)	10:30-11:30	Sesión 1 contenido 1 Propósito, contenidos, tiempos y formas de evaluación.	*Guía didáctica	Autoridades Facilitador (Nombre)
			Presentación de participantes. ¿Cuáles son tus expectativas?		Sesión 1 contenido 3 Canasta revuelta	*Guía didáctica Gafetes/ etiquetas)	
			Acuerdos de funcionamiento		Sesión 1 contenido 4 Lluvia de ideas	*Guía didáctica Rotafolios- plumones	
			Prueba Diagnóstica		Sesión 1 contenido 5	*Copias de Tarjeta del Formato 2 Pre-test	
	Sexo, y género y su relación con la violencia	Que las y los participantes reconozcan el papel que juega la identidad de género en la violencia familiar y contra las mujeres.	¿Cómo somos las mujeres? ¿Cómo somos los hombres?	11:30-14:00	Sesión 1 contenido 13 Trabajo en equipos Plenaria	*Ver CD. Presentación PPT 6 Rotafolio, Marcadores. Proyector, Laptop y pantalla	

Sesión	Tema	Propósito	Actividad	Tiempo	Técnica/s	Material	Responsable /Capacitador
II	Aspectos Normativos NOM046 Conceptos básicos	Conocer las obligaciones y límites normativos y crear un espacio que permita entender la violencia y los aspectos que participan en su generación, para visibilizarla en sus diferentes formas	Internacional: Convenciones y Declaraciones. En México: Ley General de Acceso a una Vida Libre de Violencia	10:00-11:30	La corte Sesión 1 contenido 17 Exposición	*Presentación PPT 9 Proyector, Laptop, pantalla	
			Tipos de Violencia (definiciones operativas). La violencia: un problema de Salud Pública	11:30-12:00	Sesión 1 contenido 6 Exposición Charla interactiva	*Presentaciones PPT 2 y 3 Proyector, Laptop y Pantalla	
			Ciclo de la violencia	12:00-13:30	Sesión 1 contenido 7 Trabajo en equipos con actividad lúdica	*Presentación PPT 10 Copias de Tarjetas del Rompecabezas	
			Impacto en la salud	13:30-14:30	Sesión 1 contenido 8 y 9 Exposición	*Presentación PPT 4	

Sesión	Tema	Propósito	Actividad	Tiempo	Técnica/s	Material	Responsable /Capacitador
III	Detección basada en el Modelo Operativo y la NOM 046	Que las y los participantes identifiquen los criterios en la actuación del profesional de la salud según el Modelo Operativo	Esquema de intervención en los Servicios de Salud	10:00-10:30	Lluvia de ideas: Características del personal de salud para la detección Exposición	Presentación de CD de las Guías didácticas Presentaciones PPT No 10,1y,12	
			Herramienta de Detección	10:30-11:30	Llenado en diadas de la Herramienta de Detección y hoja de lesiones Exposición	Copias de la herramienta detección y de la hoja de lesiones Presentaciones PPT No 13 ,14y15	
			Apropiarse del contenido de la NOM-046-SSA2-2005 (Formatos de Aviso al MP y Registro de atención de caso de violencia)	11:30-14:00	Juego didáctico Interactivo	*CD Instructivo del “Preguntómetro” para la NOM 046, Proyector, Laptop, Pantalla y Rotafolio	

Sesión	Tema	Propósito	Actividad	Tiempo	Técnica/s	Material	Responsable /Capacitador
IV	Atención, referencia y seguimiento esencia basada en el modelo operativo y NOM 046	Que las y los participantes identifiquen los criterios en la actuación del profesional de la salud según el Modelo Operativo	Esquema de Atención y Referencia en los Servicios de Salud	10:00-12:00	Escenificación p/cotejo Al finalizar Proyectar audiovisual	* Presentación PPT 12. Tarjetas de escenificación p/cotejo. Tarjeta de destreza Audiovisual: "Las Formas del Silencio"	
	Evaluación	Conocer los logros alcanzados sobre la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género por los participantes al término del taller	Evaluación escrita	12:30-13:00	Sesión 5 contenido 47 Prueba de contraste	*CD Copias Tarjeta de (Anexos 17.3 a 17.5)	
			Evaluación oral: ¿El taller cumplió con mis expectativas? ¿Cómo me sentí con el grupo?		Sesión 5 contenido 48 "Que se llevan" (evaluación del aprendizaje) y evaluación del taller. Charla interactiva	*CD Tarjeta del (Anexos 17.3 a 17.5) "Preguntas dirigidas"	
	Cierre	Propiciar un ambiente que estimule el intercambio de experiencias al final del curso	Agradecimiento y despedida. Acuerdos y compromisos Elaboración del directorio interinstitucional	13:30-14:00	"A qué me comprometo (a nivel personal e institucional)" Lluvia de ideas	"Hojas blancas "	

Se considerarán recesos de 10 minutos de acuerdo con las necesidades y criterios del facilitador y del personal.

- (17.1 Técnicas Didácticas) Extraídas de la Guía didáctica impresa y CD con presentaciones PPT del Portafolio Didáctico para la capacitación del CNEGySR

14.1.4 Estimación de recursos

Tabla. 6 Estimación de recursos

ACTIVIDADES	HUMANOS	MATERIALES	FINACIEROS POR TALLER	PRESUPUESTO GLOBAL DE LA ESTRATEGIA
-Proponer la realización de un curso en cada Centro de Salud.	1 Epidemiólogo	-	-	-
Diseñar carta descriptiva para la realización de los talleres	3 Facilitadores por taller terminado		12,800	\$ 38,400
Elaborar plan de trabajo para la realización de los talleres	3 Responsables del programa de violencia			
Elaborar cronograma de actividades	3 Directores del centro de salud	1 Laptop	5000	5000
Elaborar una propuesta de evaluación conjunta de los conocimientos y actitudes adquiridas: se aplicará una prueba diagnóstica y otra al final del taller.		1Proyector	6000	6000
Diseñar propuesta del perfil de facilitadores/as de los talleres		3 Pizarrón blanco	2 000	6000
Elaborar propuesta de estimación de costos		75 Sillas	400	7500
Realizar rastreo de información sobre los mitos y realidades que presenta el personal de salud ante las acciones de detección y atención de la violencia.		3 Rotafolio	1000	3000
		3 Borrador	30	90
		Copias de los formatos pretest , postest, ficha de identificación y lista de asistencia	2000	6000
		Hojas blancas / etiquetas	100	300
		Hojas de rotafolio	200	600
		Plumas, plumones y Cinta adhesiva	130	390
		Hojas de opalina blanca para las constancias	200	600
		Tonner para impresora	500	1500
		Internet	300	300

comportamiento		Café	50	150
Búsqueda y selección de técnicas didácticas obtenidas de los materiales que se solicitará al CNEGYSR, elegir las que más ayude a la sensibilización del personal.		Galletas	80	240
		Agua	100	300
		Té	50	150
		Azúcar	20	60
		Sustituto de crema	50	150
Total			29,010	\$ 76,595

14.1.5 Organización

Para la organización de las diferentes actividades del proyecto se requiere un cronograma de actividades tal y como se muestra a continuación:

Todas las actividades se realizarán en forma compartida entre el maestro en Salud Pública y el o la responsable de la unidad

Cuadro 13. PROGRAMA Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	SEMANAS															
ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Elaboración de carta descriptiva y materiales	X	X														
Presentación y actividades de gestión; envío de oficios y visita a las unidades de salud		X														
Selección y designación del/la facilitador/a			X													
Compra de material			X													
Distribución de los trípticos y carteles de promoción			X													
Selección y división del personal de salud de cada unidad en tres grupos			X													

Confirmación con lista de asistencia de los participantes que acudirán				X												
Implementación del primer taller				X	X	X	X									
Implementación del segundo taller							X	X	X	X						
Implementación del tercer taller										X	X	X	X			
Entrega de constancias														X		
Evaluación de Resultados preliminares															X	
Reunión de cierre																X

14.1.6 Actividades puntuales a desarrollar

1. Se solicitará el apoyo de las autoridades de la unidad, locales y estatales, para autorizar la realización de los talleres y promocionarlos entre el personal de salud; se les solicitara dividir a su personal en tres grupos, ya que como contamos con tres cursos en tres sedes diferentes, no tendrán que enviar a todo su personal en una sola vez y dejar descubiertas las áreas de atención; también se consideró que el taller se desarrollara en las últimas horas del turno, para asegurar que ya se haya avanzado con las actividades realizadas por el personal en sus áreas respectivas.
2. Una vez que se ha conformado el grupo de profesionales de la salud se llevará a cabo el desarrollo del curso; para los tres talleres el Dr Gerardo García Ruiz .
3. Reproducir el material de evaluación (fotocopias) para cada participantes. El primer día los Formatos 17.2 Hoja de Registro, 17.3 Formato Test (pre),17.6 Formato de Lista de asistencia, el último día se sacaran las copias de los formatos 17.4 Formato de auto eficacia,17.5 Formato de evaluación del Taller y el facilitador y del 17.3 Formato Test (post),.(Anexos 17.2 a 17.6)
4. Antes de ingresar al aula el o la responsable del programa de violencia se encargará de reproducir el material (ficha de identificación y pretest) y verificará que se anoten en la lista de asistencia. En este caso también el cuestionario para ser posteriormente entregado a cada uno de los asistentes.
5. Al Inicio de las primeras sesiones se realizará la evaluación inicial
6. La carta descriptiva se elaboró previamente, con los objetivos y actividades para lograr la modificación de la conducta y obtener una actitud positiva para la detección y atención de la violencia por parte del personal de salud ayudados por modelos de teorías de cambio de comportamiento. Es importante informar y explicitar como fue elaborado el taller y como es que se diseñó.
7. La estrategia dura 4 meses; durante la misma se impartirán 4 sesiones, una por semana, distribuidas en un mes, con 4 hrs de duración cada una, con un total de 16 horas efectivas con descansos de 10 a 15 minutos, según lo considere el grupo y el

facilitador. Además, aparte de las presentaciones teóricas en Power point se utilizarán el modelaje, rol playing y actividades lúdicas con los que se complementará y mejorará el aprendizaje como se observa en la carta descriptiva y en el anexo 17.1 Técnicas Didácticas.

8. Se realizará la aplicación del cuestionario de evaluación al final en la última sesión y se aplicará el formato de evaluación del facilitador y el taller.
9. Se entregarán las constancias de asistencia y acreditación de cursos proporcionadas por el centro de salud sede
10. Se realizará una reunión de cierre para informar los resultados preliminares obtenidos hasta el momento y agradecer el apoyo y la colaboración de la sede
11. Posteriormente los resultados de la evaluación se analizarán en forma cuanti - cualitativa por medio del programa de análisis estadístico SPSS versión 11.5 para Windows y cualitativo ATLAS.ti versión 6.0 para las preguntas abiertas.

14.2 Diseño del sistema de control

Para evaluar y medir la ejecución de la estrategia y sus metas, con el fin de detectar y prever desviaciones para establecer medidas correctivas nos ayudaremos de un cuadro de control, Cuadro 14:

Cuadro 14

Tablero de control		
Área crítica	Variable a controlar	Técnica e instrumentos
Actividades	Tiempo	Gráfica de Gantt
	Procedimiento	Inspección y Supervisión
	Cumplimiento	Tabla de Responsabilidades
Recursos humanos	Desempeño	Supervisión del desempeño
Recursos financieros	Costo Utilización Asignación	Contabilidad general y de costos
Recursos materiales	Disponibilidad	Modelo de inventario
Objetivos y logros	Efectividad y eficacia	Comparación entre el antes y el después de la capacitación.

14.3 Diseño del sistema de evaluación

Para la evaluación se diseñaron cuestionarios destinados a recoger información, sobre los conocimientos adquiridos, la autoeficacia percibida y la evaluación del taller y del el facilitador.de las opiniones y actitudes sobre la violencia familiar del personal de salud de los tres centros de salud seleccionados. Los cuestionario se elaboron tomando como base cuestionarios del mismo objetivo empleados en otros países. Mediante correo electrónico se propone realizar estudios piloto con personal de salud de centros de salud de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

El cuestionario final anexo 17.4 , aparte de datos de filiación (edad, sexo, puesto, profesión y unidad de salud), incluye 26 preguntas en escala Likert de 10 a 16 respuestas cada una, dirigidas a explorar los siguientes dominios:

- Acuerdo con la apreciación de que la violencia es un problema de salud importante, que pone en peligro la calidad de vida de las personas, y que necesita de actuación terapéutica.
- Percepción de utilidad de las actuaciones habitualmente empleadas en el tratamiento de la violencia
- Barreras que con más frecuencia se presentan cuando se plantea el tratamiento de la violencia familiar
- Percepción de utilidad de diversas herramientas clínicas en el tratamiento y la prevención de la obesidad infantil
- Autoeficacia percibida en el manejo de la violencia familiar

El cuestionario, anónimo, se enviaría al personal de salud de la Secretaría de Salud del Distrito Federal para realizar la prueba piloto. Creando y proporcionando una cuenta de correo para el envío y recepción de los cuestionarios. Se hará una descripción de frecuencias de respuesta a las preguntas del cuestionario, y los porcentajes de las variables utilizadas mediante el análisis estadístico con SPSS. Así consideraremos los indicadores del Cuadro 15(56, 57, 58,59):

Sistema de evaluación

¿Qué tan confiado se siente de poder brindar atención a un caso de violencia familiar en su centro de trabajo de acuerdo a las siguientes acciones enlistadas?

La escala de Confianza a utilizar se muestra a continuación:

Cuadro 15

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapaz de hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo					Seguro de poder hacerlo		

Estima ¿ Qué tan está de poder realizar regularmente la atención de casos de violencia en su centro de trabajo (3 o más veces por semana)?

Cuadro 16

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No estoy seguro de poder hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo					Totalmente seguro de poder hacerlo		

¿En su opinión usted calificaría el trabajo del facilitador cómo? y ¿En su opinión usted calificaría el desarrollo del taller cómo?

Cuadro 17

1	2	3	4	5
Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy Malo

Para evaluar el Taller y al Facilitador/a se propone una escala la cual considera ítems con valores de 1 como Muy bueno (Mb), 2 en Bueno (Bu), 3 Regular (Re), 4 Malo (Ma) y 5 Muy malo (Mm).

La Autoeficacia Percibida se mostrara en primer lugar, se presenta la descripción de los resultados obtenidos con la Escala Likert que evalúa Autoeficacia, convertidos en porcentaje.

Además una vez que se han recogido los resultados de nuestro estudio, procederemos al análisis estadístico descriptivo de los mismos, para cada uno de los formatos de evaluación. Para variables categóricas, se obtendrá el porcentaje que representan del total, y será expresando en una tabla de frecuencias. Se obtendrán también medidas de tendencia central y de dispersión.

15. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Abandono: acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud.

Aborto médico: terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación local aplicable y previo cumplimiento de los requisitos específicos establecidos en ésta.

Acoso sexual: es una forma de violencia en la que, si bien no existe la subordinación, hay un ejercicio abusivo de poder que conlleva a un estado de indefensión y de riesgo para la víctima, independientemente de que se realice en uno o varios eventos.

Agresor: La persona que inflige cualquier tipo de violencia contra las mujeres

Albergue: establecimiento que proporciona resguardo, alojamiento y comida a personas que lo requieran por múltiples y diversos motivos, no sólo por violencia.

Atención médica de violencia familiar o sexual: conjunto de servicios de salud que se proporcionan con el fin de promover, proteger y procurar restaurar al grado máximo posible la salud física y mental, de las y los usuarios involucrados en situación de violencia familiar y/o sexual. Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención, la detección y el diagnóstico de las personas que viven esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y procurar restaurar al grado máximo posible su salud física y mental a través del tratamiento o referencia a instancias especializadas y vigilancia epidemiológica.

Atención integral: manejo médico y psicológico de las consecuencias para la salud de la violencia familiar o sexual, así como los servicios de consejería y acompañamiento.

Consejería y acompañamiento: proceso de análisis mediante el cual la o el prestador de servicios de salud, con los elementos que se desprenden de la información recabada, ofrece alternativas o apoyo a la o el usuario respecto de su situación, para que éste pueda tomar una decisión de manera libre e informada.

Cuestionario: Instrumento más utilizado para recolectar datos. Este consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir

Derechos Humanos de las Mujeres: derechos que son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales contenidos en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención sobre los Derechos de la

Niñez, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará) y demás instrumentos internacionales en la materia.

Detección de probables casos: actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar o sexual, entre la población en general.

Empoderamiento de las mujeres: proceso por medio del cual las mujeres transitan de cualquier situación de opresión, desigualdad, discriminación, explotación o exclusión a un estadio de conciencia, autodeterminación y autonomía, el cual se manifiesta en el ejercicio del poder democrático que emana del goce pleno de sus derechos y libertades

Estilos de vida saludables: patrones de comportamiento, valores y forma de vida que caracterizan a un individuo o grupo, que pueden afectar la salud del individuo.

Expediente clínico: conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

Entrevista: Esta herramienta consiste básicamente en reunirse una o varias personas y cuestionarlas en forma adecuada para obtener información. Un entrevistador aplica el cuestionario a los respondientes (entrevistados). El entrevistador va haciéndole las preguntas al respondiente y va anotando las respuestas.

Grupos en condición de vulnerabilidad: grupos que señala como tales la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Grupo Focal: Es una técnica de exploración en la que un grupo pequeño de participantes (6 a 10) guiados por un facilitador o moderador, conversan abierta y espontáneamente acerca de temas relevantes para determinada investigación.

Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca, en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: acción u omisión mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Misoginia: conductas de odio hacia la mujer y se manifiesta en actos violentos y crueles contra ella por el hecho de ser mujer.

Persona con discapacidad: toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más

actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Perspectiva de Género: visión científica, analítica y política sobre las mujeres y los hombres. Se propone eliminar las causas de la opresión de género como la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en el género. Promueve la igualdad entre los géneros a través de la equidad, el adelanto y el bienestar de las mujeres; contribuye a construir una sociedad en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, la igualdad de derechos y oportunidades para acceder a los recursos económicos y a la representación política y social en los ámbitos de toma de decisiones,

Prestadores de servicios de salud: las y los profesionales, técnicos y auxiliares que proporcionan servicios de salud en los términos de la legislación sanitaria vigente y que son componentes del Sistema Nacional de Salud.

Promoción de la salud: estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.

Referencia-contrarreferencia: procedimiento médico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios, como refugios o albergues para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, así como otros servicios que pudieran requerir las personas afectadas.

Refugio: espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia familiar o sexual, que facilita a las personas usuarias la recuperación de su autonomía y definir su plan de vida libre de violencia y que ofrece servicios de protección y atención con un enfoque sistémico integral y con perspectiva de género. El domicilio no es del dominio público.

Usuaría o usuario: toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

Maltrato físico: acto de agresión que causa daño físico.

Maltrato psicológico: acción u omisión que provoca en quien lo recibe alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos.

Maltrato sexual: acción mediante la cual se induce o se impone la realización de prácticas sexuales no deseadas, o respecto de las cuales se tiene la imposibilidad para consentir.

Maltrato económico: acto de control o negación de ingerencia al ingreso o patrimonio familiar, mediante el cual se induce, impone y somete a una persona de cualquier edad y sexo, a prácticas que vulneran su libertad e integridad física, emocional o social.

Víctima: mujer de cualquier edad a quien se le inflige cualquier tipo de violencia.

Violencia económica: toda acción u omisión del agresor que afecta la supervivencia económica de la víctima. Se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de sus percepciones económicas, así como la percepción de un salario menor por igual trabajo, dentro de un mismo centro laboral.

Violencia patrimonial: cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima. Se manifiesta en: la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima;

Violencia sexual: todo acto sexual, tentativa de consumar un acto sexual, comentarios o insinuaciones sexuales no deseados o acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

16. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ricardo Ruiz Carbonell, La Violencia Familiar y los Derechos Humanos Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Segunda edición, 305p México, 2008.
2. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Manual Operativo, Modelo Integrado para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Sexual, Secretaría de Salud, 2009.
http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargar/MODELO_INTEGRADO_2009_xwebx.pdf
3. OMS, Violencia contra la mujer. Nota descriptiva N°239, Noviembre de 2009. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>]
4. 49ª Asamblea Mundial de la Salud, documento WHA49.25 Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública. Sexta sesión plenaria Ginebra, Suiza, 25 de Mayo 1996. http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf o en http://www.mex.ops-oms.org/contenido/cd_violencia/resoluciones.htm
5. Diane Alméras, Rosa Bravo, Vivian Milosavljevic, Sonia Montaña , María Nieves Rico;Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe Una propuesta para medir su magnitud y evolución Unidad Mujer y Desarrollo Proyecto Interagencial "Uso de Indicadores de Género para la Formulación de Políticas Públicas", Naciones Unidas, Santiago de Chile, junio de 2002[<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/10631/lcl1744e.pdf>.]
6. Violencia contra las mujeres mexicanas. Salud pública Méx [serial on the Internet]. [cited 2011 Jan 26]. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000800001&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342006000800001.
7. Méndez-Hernández Pablo, Valdez-Santiago Rosario, Viniegra-Velázquez Leonardo, Rivera-Rivera Leonor, Salmerón-Castro Jorge. Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 2011 Ene 26] ; 45(6): 473-482. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000600007&lng=es.

8. Invisible al ojo clínico: violencia de pareja y políticas de salud en México. *Salud pública Méx* [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2011 Jan 26] ; 52(4): 376-377. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400016&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342010000400016
9. Cherniak Donna, Grant Lorna, Mason Robin, Moore Britt, Pellizzari Rosana. Intimate Partner Violence Consensus Statement. *SOGC Clinical Practice Guidelines*, 2005; No. 157: 365-388. Consultado en: <http://www.sogc.org/guidelines/public/157E-CPG-April2005.pdf>
10. Golder, V., Penn, P., Sheingberg, M. & Walker, G. Loved and Violence: Gender Paradoxes in Volatile Attachments. *Family Process*, pp 343-364 1990.
11. Vírveda, J. A. La Familia y la Violencia Intrafamiliar. *Psicología Iberoamericana*, 50-65. 2000
12. Corsi J, *Violencia Familiar una mirada interdisciplinaria*, Buenos aires Argentina, Paidós, p. 15. 1994
13. Guísela López, Olimpia de Gouges: Una personaje que escribió su propia historia. http://www.ciudaddemujeres.com/articulos/IMG/pdf/OlimpiaDeGouges_GuiselaLopez_.pdf.
14. Organización Panamericana de la Salud, La violencia basada en el género: un problema de salud pública y de derechos humanos, Publicado en *Revista Futuros* No 10. 2005 Vol. III http://www.revistafuturos.info/futuros_10/viol_mujer.htm
15. Calveiro Garrido Pilar. *Redes Familiares de Sumisión y Resistencia*. Universidad de la Ciudad de México, p.45. 2003
16. Organización Panamericana de la Salud, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, OPS-OMS, pp. 7-10. 2003. <http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/Contenido.pdf>
17. Boyle Adrian, Maconochie Iain, Gammon Alison, Beattie Elinor. *Guidelines for the Management of Domestic Violence*. The College of Emergency Medicine, 2006; Pags. 1-4. Consultado en: http://www.collemergencymed.ac.uk/CEC/cec_domestic_violence.pdf
18. Secretaría de Salud. *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México, DF: SSA; 2006. pp. 7-10, 19-26. http://www.undp.org.mx/IMG/pdf/Informe_Nal_Salud.pdf

19. Gustavo Olaiz, Patricia Uribe, Aurora del Río. Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer. ENVIM 2006. México, D.F: INSP, SSA; 2006.
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Panorama de violencia contra las mujeres, Estados Unidos Mexicanos ENDIREH 2006.http://www.unece.org/stats/gender/vaw/surveys/Mexico/Mexico_ENDIREH2006_report.pdf.
21. Instituto Mexicano de la Juventud, Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones le Noviazgo 2007, Resumen Ejecutivo, Julio 2008. http://www.google.com.mx/url?sa=t&source=web&cd=1&ved=0CBoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.imjuventud.gob.mx%2Fcontenidos%2Fprogramas%2Fencuesta_violencia_2007.pdf&rct=j&q=ENVINOV%202007&ei=dBpKTYfdHMKqlAeOn6A6&usg=AFQjCNFT4Q-Y5JDkNZMVhtgulstNw8wulw
22. Torres Falcon Martha, La Violencia en Casa, Paidos, p.25. 1999
23. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), INMUJERES. Inmujeres <http://www.inmujeres.gob.mx/ambito-internacional/cedaw.html>
24. Martha Cecilia Hajar Medina, Maria Del Rosario Valdez Santiago, Del silencio privado a las salas de urgencias: la violencia familiar como un problema de salud pública. GAC MED MEX, Vol. 138, Nom. 2, Pags. 159- 163, Año 2002
25. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Programa de Acción Específico 2007-2012, Prevención y atención de la violencia familiar y de género, Secretaría de Salud, primera edición 2008. <http://www.spps.gob.mx/programas-y-proyectos/prevencion-y-atencion-de-la-violencia-familiar-y-de-genero.html>
26. Secretaria de Salud, Programa de Acción: Mujer y Salud. (PROMSA) CNEG y SR Libro Blanco.
27. Catálogo Universal de Servicios de Salud. (CAUSES) 2007. www.salud.gob.mx/indre/CAUSES.ppt
28. Gerardo García Ruiz, Tesis: Análisis Comparativo de la Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Familiar en México 2000-2006, con otros Países en América Latina. Dirección General de Epidemiología; SSA. México 2007.

29. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Última Reforma DOF 29-07-2010.
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>
30. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (31 enero 2007) Ref.
 (DOF 1 febrero 2007).<http://www.gobernacion.gob.mx/work/models/SEGOB/Resource/295/1/images/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>
31. México. Norma Oficial Mexicana 046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres. Criterios para la Prevención y Atención. Diario Oficial de la Federación, 19 de marzo de 2009.
32. Walker L. The Battered Women. New York: Ed. Harper y Row Books, 1979. .
33. Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría de Salud. Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de Salud: Prevención y Atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. D. F., México: INMUJERES-SSA; 2003
34. UNIFEM, Ban Ki-Moon, Secretario General de las Naciones Unidas, Violencia contra las Mujeres – Datos y Cifras 8 de marzo de 2007.
http://www.unifem.org/attachments/gender_issues/violence_against_women/facts_figures_violence_against_women_2007_spa.pdf
35. Taft Angela, Hegarty Kelsey, Feder Gene, Ferris Lorraine, Hamberger Kevin, Hindmarsh Elizabeth, Wong Sylvie Lo Fo, MacMillan Harriet, Shakespeare Judy, Warshaw Carol, Zachary Mary. Management of the whole family intimate partner violence, guidelines for primary care physicians. Victorian Community Council on Crime and Violence, 2006; Pag. 1-9.
 Consultado en:
<http://www.racgp.org.au/Content/NavigationMenu/ClinicalResources/RACGPGuidelines/Familywomenviolence/Intimatepartnerabuse/20060507intimatepartnerviolence.pdf>
36. Rodríguez-Bolaños Rosibel de los Angeles, Márquez-Serrano Margarita, Kageyama-Escobar María de la Luz. Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2005 Abr [citado 2011 Ene 26]; 47(2): 134-144.
 Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000200007&lng=es.

37. María Eugenia Mendoza-Flores y cols. Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. *Perinatol Reprod Hum*. Vol. 20 No. 4; Octubre-Diciembre 2005. 69-79.
38. Venegas Ochoa U y col. Violencia contra la mujer y medicina familiar, *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(7):373-78
39. Edda Alatorre Wynter. Violencia familiar y salud. *Rev Enferm IMSS* 2000; 8 (1):51-55. que te encuentras te intenta dirigir a <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/8A70A6E1-A98A-454F-B4D1-7B838B5E7257/0/20005155.pdf>.
40. Gustavo Cabrera A.1, Jorge Tascón G.2, Diego Lucumí C. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo, *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101. <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0766.pdf>
41. Fabián O. Olaz. La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Facultad de Psicología. U.N.C. Argentina. 2001. <http://des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>
42. Ana Ma Orti González, Componentes Subjetivos del Éxito Emprendedor: Aportes de la Teoría Social Cognitiva. La Autoeficacia. Universidad de Sevilla España. www.visionglobal.org/ponen_files/autoeficacia.pdf
43. María García Gerpe, una Revisión de las Perspectivas Teóricas en el Estudio del Aprendizaje Autorregulado. *Revista Galego-Portuguesa De Psicoloxía E Educación*. Vol. 14, 1, Ano 11º-2007 ISSN: 1138-1663. http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/7058/1/RGP_14-3.pdf.
44. Cecilia Olivari Medina y Eugenia Urra Medina. Autoeficacia y Conductas de Salud Self-Efficacy And Health Behaviors. *Ciencia y Enfermería* XIII (1): 9-15, 2007. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v13n1/art02.pdf>.
45. P. Cid H. et al. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev Med Chile* 2010; 138: 551-557 <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>

46. P. Covarrubias P. y C. C. Martínez E. Representaciones de estudiantes universitarios sobre el aprendizaje significativo y las condiciones que lo favorecen Vol. XXIX, núm. 115, (2007), pp. 49-71 <http://scielo.unam.mx/pdf/peredu/v29n115/n115a4.pdf>
47. Díaz, F. y Barriga, A. Capítulo 2 Constructivismos y Aprendizaje significativo. Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo: una interpretación constructivista. Universidad Nacional Abierta. Dirección de Investigaciones y Postgrado. México: Mc Graw Hill (2002). <http://files.procesos.webnode.com/200001306-7afaa7be24/Constructivismo%20y%20aprendizaje%20Significativo.pdf>.
48. Ricardo Luis Videla, Clases pasivas, clases activas y clases virtuales. ¿Transmitir o construir conocimientos?. RAR - Volumen 74 - Número 2 - 2010 <http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v74n2/v74n2a11.pdf>.
49. M^a Luz Rodríguez Palmero. La Teoría del Aprendizaje Significativo. Centro de Educación a Distancia (C.E.A.D.). Concept Maps: Theory, Methodology, Technology Proc. of the First Int. Conference on Concept Mapping A. J. Cañas, J. D. Novak, F. M. González, Eds. Pamplona, Spain 2004. <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf>.
50. Dr. Víctor Castillo Claure y Cols. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Cuadernos del Hospital de Clínicas. Vol.51-1/2006. www.scielo.org.bo/pdf/chc/v51n1/v51n1a15.pdf
51. Mary C. Allegra G, Mayela M. Rodríguez R., Actividades Controladas Para El Aprendizaje Significativo De La Destreza De Producción Oral En Inglés Como Le. Revista Ciencias De La Educación Segunda Etapa Vol. 20 N° 35 Valencia, España. Año 2010. <http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/n35/art7.pdf>.
52. Secretaria de Educación Pública Dirección General de Bachillerato Material Autoinstruccional "Compendio de Técnicas Grupales para el Trabajo Escolar con Adolescentes Vol. 2 DGB/DCA/2003-09. http://www.dgb.sep.gob.mx/informacion_academica/materialdeapoyo.html
53. Instituto Nacional de Salud Pública, Maestría en Salud Pública, Diagnóstico de Salud Comunitaria Pueblo de Santa Isabel Tola, 2008.

54. Emilio Bohórquez Rodríguez, El papel de la familia en la violencia escolar. Revista digital del CEP Luisa Revuelta de Córdoba. Año IV. Número 4. Diciembre 2008ISSN: 1697-9745.
<http://www.cepazahar.org/eco/n4/>
55. SCHUNK, D. Teoría del Aprendizaje. 2ª edición, México, Prentice-Hall Panamericana, 1997. INSP.
56. Mariela Lourdes González, Autoeficacia percibida y desempeño académico en estudiantes universitarios.
57. Universidad Nacional de Cuyo- Facultad de Filosofía y Letras. Centro de Investigaciones Cuyo-CONICET. Buenos Aires, Argentina.2010.
58. Beatriz Elena Ospina Rave. La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. Universidad de Antioquia - Facultad de Enfermería.2003.
59. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Albert Bandura) Universidad de Stanford, Traducción: Fabián Olaz, María Inés Silva, Edgardo Pérez Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. (Revisada en Marzo, 2001)http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de/skinless_view

17. ANEXOS

17.1 Técnicas Didácticas (descripción)

Descripción de las técnicas didácticas utilizadas en el taller

(Guías didácticas de capacitación en el modelo integrado y del material de capacitación del CNEGySR de la Secretaría de Salud)

Sesión 1. Sesión Introductoria

Actividad/Contenido 1. Presentación del Curso-Taller

Datos para el/la facilitador/a:

Al inicio del Curso-Taller, es importante que los y las participantes tengan una visión global de la duración, los objetivos, contenidos, metodología y formas de evaluación que se revisarán durante las sesiones de trabajo.

Desarrollo:

Utilice como apoyo una presentación en Power Point

Recomendaciones:

Promueva que los y las participantes planteen sus dudas e inquietudes y responda de manera breve y concreta a sus preguntas.

Apoyos didácticos a utilizar:

Presentación No. 1 Presentación del Curso-Taller

Vídeo proyecto, computadora y pantalla

Sesión 1. Sesión Introductoria

Actividad/Contenido 3. Presentación de los participantes/Canasta revuelta

Datos para el/la facilitador/a:

Utilice esta dinámica para:

Aprenderse los nombres de las personas con las cuales vamos a compartir varios días

Facilitar una comunicación participativa

Estimular un ambiente distendido

Desarrollo:

Todos los participantes forman un círculo con sus respectivas sillas.

El/la facilitador/a se coloca al centro de pie y solicita a cada uno de los participantes que diga su nombre.

Posteriormente, explica que la persona que esté a la derecha de cada quién, será “naranja” y la que esté a la izquierda será “limón”.

El/la facilitador/a señalará a una persona del grupo y dirá “naranja”. La persona debe responder con el nombre de la persona que está a su derecha. Si le dice “limón”, la persona debe responder con el

nombre de quién está a su izquierda. Si se equivoca o tarda más de 3 segundos en responder, pasa al centro y el/la facilitador/a ocupará su silla.

La persona que está en el centro podrá decir “canasta revuelta” y aprovechar que todas las personas deberán cambiar de asiento para ocupar un lugar. Quien quede de pie retomará las instrucciones.

Al finalizar la dinámica, proporcione a los participantes una etiqueta para que escriban su nombre y se la coloquen en un sitio visible.

Recomendaciones:

Comprobaremos entre todos si nos hemos aprendido los nombres de los compañeros de grupo, posteriormente comentaremos la técnica, ¿Cómo nos hemos sentido?, etc.

Apoyos didácticos a utilizar:

Etiquetas y plumones.

Sesión 1. Sesión Introductoria

Actividad/Contenido 4. Acuerdos de funcionamiento

Datos para el/la facilitador/a:

Crear un espacio de respeto a las diferencias, tolerancia, reconocimiento de “iguales del otro” y cooperación que favorezca el aprendizaje; por ello, establezca las bases mínimas de respeto para la participación de todos, así como los parámetros para la evaluación.

Desarrollo:

Se invita al grupo para que se establezcan compromisos y normas, que permitan efectuar el curso en un ámbito de aprendizaje en comunidad, constructivo, de manera continua y transparente.

Se sugiere cuando menos cubrir los siguientes puntos para la participación:

Todos nos escuchamos, cuando alguien habla los demás le ponemos atención y le permitimos terminar su intervención sin interrupciones.

Los celulares se apagan o quedan en modo de silencio.

Si contestan un celular será fuera del aula.

Podemos reír de lo chusco, pero no se permiten burlas o algún otro tipo de agresión.

Aspectos personales que puedan surgir no se divulgarán fuera del grupo.

Recomendaciones:

Indique los aspectos relacionados con la logística del evento. Por ejemplo: horarios, espacios, alimentación, apoyos, etc.

Es importante que las hojas de rotafolios con los acuerdos establecidos por el grupo permanezcan en algún lugar visible durante todo el taller.

Apoyos didácticos a utilizar:

P Hojas de rotafolios, plumones y cinta adhesiva

Sesión 1. Sesión Introductoria

Actividad/Contenido 5. Prueba Diagnóstica

Datos para el/la facilitador/a:

Esta prueba diagnóstica le permitirá conocer con qué elementos llegan los participantes al curso-taller.

Desarrollo:

Explique el objetivo de la actividad.

Reparta a cada integrante los formatos de evaluación 1 y 2. Pida al grupo que respondan de manera individual.

Recomendaciones:

Es importante insistir en que la prueba no tiene como objetivo “calificar”. Se trata de conocer el grado de conocimientos con que cuenta el grupo, así como los aspectos que deberán ser reforzados a lo largo del Curso-Taller.

Apoyos didácticos a utilizar:

Tarjeta Formatos 1. Ficha de registro (fotocopias de acuerdo al número de participantes)

Tarjeta Formato 2. Pretest (fotocopias de acuerdo al número de participantes)

Sesión 1. Sesión Introductoria

Actividad/Contenido 11. ¿Cómo somos hombres y mujeres?. Papelógrafo

Datos para el/la facilitador/a:

Identificar la diferencia entre lo natural (sexo) y construido (género) y lo que compete a la sexualidad.

Reconocer estereotipos y roles establecidos a hombres y mujeres por un sistema de dominación y sometimiento.

Desarrollo:

En plenaria se coloca una hoja de rotafolios con tres columnas, en la primera se anota mujer/niña y se pide que mencionen características personales, habilidades y roles (“atributos”) que se asocian generalmente a ellas. Posteriormente en la tercera columna se anota hombre/niño y se pide mencionen las características de ellos.

Al término se cambian los títulos y se pregunta si es posible que las mujeres tengan las características y los comportamientos atribuidos a los hombres y si

los hombres podrían tener las características y comportamientos atribuidos a las mujeres.

Los que consideran no intercambiables se colocan en la columna del medio y se colocará el título "Sexo".

Recomendaciones:

A partir de esto utilice la Presentación No. 6 ¿Cómo somos hombres y mujeres? para explicar qué es el sexo, género y sexualidad, en la explicación se señala que las concepciones cambian con el tiempo.

Apoyos didácticos a utilizar:

Papelógrafo

Presentación No. 6 ¿Cómo somos hombres y mujeres?

Hojas de rotafolios

Plumones

Cinta adhesiva

Vídeo proyector, computadora y pantalla

Sesión 1. Tema 1. ¿Qué es la violencia?

Actividad/Contenido 6. Definiciones conceptuales y operativas de la violencia familiar y sexual

Datos para el/la facilitador/a:

La revisión de la definición de violencia familiar consignada en la Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención y la comprensión de las distintas caras que presenta este problema social, en particular la violencia contra la mujer por parte de su pareja, permitirá a los prestadores de servicio profundizar en las implicaciones que este fenómeno tiene en diversos ámbitos, incluido su trabajo. Para introducir el tema, explique al grupo cuáles son los contenidos que se van a tratar y la razón por la que es importante comprenderlos.

Desarrollo:

Invite al grupo a elaborar entre todas/os una definición de violencia familiar. Posteriormente, proyecte la primera diapositiva de las características generales de la violencia de la Presentación No. 2 Definiciones conceptuales y operativas de la violencia familiar y sexual (Ver CD).

Explique punto por punto, ejemplificando a que se refieren, por ejemplo:

Relación padre-hijo, maestro-alumno, hombre-mujer

Que se hagan las cosas como "yo" quiero

Que los otros se sientan menos o torpes

Si no levantas tu cuarto no hay domingo

El conejo oprime el botón para evitar la descarga y recibir comida

Decir "eres una inútil" puede marcar toda la vida

Retome la presentación y a través de charla interactiva exponga las definiciones conceptuales y operativas de la violencia familiar y sexual con fundamento en la normatividad.

Recomendaciones:

Vaya anotando y organizando las aportaciones de manera que al final obtenga un esquema ordenado útil para la construcción de una definición.

Distribuya a cada uno de los participantes la Norma Oficial Mexicana NOM-046- SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención y refiera a su contenido durante la exposición.

Sesión 1. Tema 1. ¿Qué es la violencia?

Actividad/Contenido 7. Tipos de violencia

Datos para el/la facilitador/a:

Retome las conclusiones de la actividad anterior para introducir la siguiente actividad en la que se revisarán los diferentes tipos de violencia, asegurando la continuidad del tema.

Desarrollo:

Inicie la presentación mencionando que el concepto de violencia familiar no ha sido siempre el mismo, a lo largo de la historia y que existen muchos relacionados que se consideran y asumen en la NOM-046-SSA2-2005.

Proyecte la película “Un grito en silencio”, y al terminar explique la siguiente tarea, mencionando que tienen 30 minutos para realizarla.

Solicite a los participantes que se organicen en cuatro equipos para:

Seleccionar tres situaciones que les hayan impactado más y explicar en qué esfera, ámbito o contacto se encuentra la afectación.

Hacer una clasificación de los distintos tipos de violencia encontrados.

Elaborar una síntesis de su trabajo y escoger una persona para exponerlo.

Hacer una presentación al resto del grupo.

Apóyese en la Presentación No. 3 Tipos de violencia (Ver CD) para explicar la definición de violencia familiar que se adoptó en la Norma Oficial sobre esta materia, y los diversos tipos de violencia que se contemplan. Explique en qué consiste cada tipo de violencia.

Recomendaciones:

Cuando los grupos hayan concluido su presentación, indique semejanzas y diferencias y haga cualquier aclaración que considere pertinente.

Apoyos didácticos a utilizar:

Presentación No. 3 Tipos de violencia

Película Un grito en silencio

Vídeo proyector, computadora y pantalla

Hojas de rotafolios, plumones y cinta adhesiva

Sesión 1. Tema 1. ¿Qué es la violencia?

Actividad/Contenido 8. Afecciones a la salud

Datos para el/la facilitador/a:

La violencia familiar como un problema de salud pública requiere observar lo complejo de ella y la relación con otras enfermedades.

Desarrollo:

Proyecte la Presentación No. 4 Afecciones a la salud (Ver CD)

Recomendaciones:

Explique los diagramas y al finalizar la explicación propicie la participación del grupo. Escuche los comentarios y responda las dudas que se tengan.

Apoyos didácticos a utilizar:

Presentación No. 4 Afecciones a la salud

Vídeo proyector, computadora y pantalla

Sesión 1. Tema 1. ¿Qué es la violencia?

Actividad/Contenido 10. Ciclo de la violencia familiar

Datos para el/la facilitador/a:

La violencia familiar, lejos de ser esporádica y de constituir un hecho aislado que ocurre de manera fortuita, es una realidad social que se desenvuelve de acuerdo con una dinámica específica y sigue un patrón en espiral de intensidad creciente.

Las cifras, aunque fragmentarias e incompletas, dan cuenta de la dimensión de un problema que sale del recinto privado del hogar para confrontar a la sociedad y sus instituciones con una serie de demandas en el área médica, legal, asistencial y educativa que es preciso atender.

El análisis y reflexión sobre estos aspectos permitirá al grupo transitar por un panorama global de la situación y ubicar la participación de su sector en el problema y su resolución.

Es importante que tenga presente la siguiente información para el abordaje del tema:

Etapas de Acumulación y Contención de la Tensión

Al principio la tensión impera en el ambiente. El agresor se muestra irritable, no reconoce su enfado y su pareja no logra comunicarse con él, lo que produce en ella un sentimiento de frustración. Comienza con agresiones sutiles, ira contenida, indiferencia, sarcasmos, largos silencios o amenazas. La pareja siente miedo y empieza a preguntarse qué es lo que hace mal y se culpa de lo que sucede.

La tensión va creciendo con explosiones cada vez más agresivas.

Etapa de Violencia Explícita

Esta etapa puede ocurrir en cualquier momento y por cualquier motivo. Cuando la violencia estalla se pueden mezclar todas sus formas: agresiones corporales, insultos y humillaciones, y abuso sexual. Cada vez que se repite esta explosión de violencia, es mayor su gravedad. En esta etapa ocurren muchos homicidios, ya sea por agredir el hombre o al defenderse la mujer.

No se trata de “enseñarle” a nadie. Entre todos se va construyendo el conocimiento de la realidad.

Etapa de Remordimiento

El agresor parece darse cuenta de lo ocurrido y puede sentirse avergonzado o temeroso de las consecuencias. Sin embargo, tiende a negar o a desestimar su actuación y a evadir su responsabilidad. Es común que diga que ella lo provocó, y que él no sabía lo que hacía. Promete no volver a ser violento y hasta puede llegar a ser cariñoso.

Si la mujer menciona o decide dejarlo después del incidente, él tratará por todos los medios retenerla o hacerla regresar. Se mostrará atento, generoso y volverá con las promesas de cambiar y de no volver a lastimarla jamás. Puede ser que ella

regrese con la ilusión de que las cosas van a cambiar, pero si continúa rehusándose a regresar, él volverá con las amenazas y la violencia; tratará por todos los medios de hacerle la vida imposible, (en estos momentos es cuando ocurre la mayoría de los homicidios) y tal vez por miedo reanude la relación.

Etapa de Reconciliación

Esta etapa suele estar llenas de promesas y firmes propósitos. Cuando ocurre la reconciliación la pareja puede experimentar una relación íntima muy intensa en la cual no quieren recordar el sufrimiento de la violencia y niegan las dificultades que tenían anteriormente.

Esta etapa representa una especial carga emocional para la mujer, ya que se encuentra ante la situación de sentir que falló en su proyecto de vida si decide no continuar o exponerse a una nueva agresión ante la esperanza que el agresor cumpla su promesa de cambio. En general, el agresor ha identificado los aspectos que la paciente quiere escuchar y con el objetivo de no perder el control los externa, aún cuando su intención se diametralmente opuesta.

El agresor, puede mostrar comprensión y atención a las necesidades de la pareja, lo cual la hace pensar en que sí ha cambiado. Sin embargo, el ciclo no se detiene ya que las cuestiones de poder y control se mantienen latentes y otra vez, la relación empieza a acumular tensión.

Junto con la etapa de arrepentimiento, la de reconciliación tiende a desaparecer del ciclo de la violencia conforme aumenta la de violencia explícita.

Aclare que es una representación didáctica de un proceso y que es importante tomar en consideración algunas limitaciones del mismo para la comprensión a fondo de la dinámica de la violencia familiar.

Desarrollo:

Divida al grupo en cuatro equipos.

Proporcione a cada equipo el material recortable del “ciclo de la violencia” ; invítelos a armar el rompecabezas.

Comente las diferentes etapas para guiar en el armado a los participantes.

Explique que la dinámica de la violencia contra la mujer sigue un patrón que se puede representar como un ciclo.

Es bueno que mencione que aunque todo suena muy fácil, en realidad el fenómeno de la violencia es sumamente complejo y no admite interpretaciones simplistas.

Evite el monólogo y solicite al grupo que participe con sus comentarios y apoye a sus compañeros que arman el rompecabezas, es importante que el grupo identifique cómo los valores y costumbres condicionan a que la mujer perciba a su pareja y familia como proyecto de vida y que a pesar del maltrato, le resulta riesgoso “renunciar a su vida”, como a cualquier persona.

Recomendaciones:

En las conclusiones enfatice los siguientes puntos:

La violencia no aparece súbitamente en la etapa de violencia explícita. Tal vez sea en esta etapa en la cual ocurre el incidente más grave de violencia física, pero es necesario tomar en cuenta las manifestaciones de otros tipos de violencia (psicológica, económica, sexual, abandono) que pueden estar ocurriendo todo el tiempo.

En la medida en que se repite el ciclo de violencia el tiempo que transcurre entre una y otra etapa se hace cada vez más corto, hasta desaparecer y pasa de la acumulación de tensión a la explosión, sin remordimientos ni reconciliaciones. Sigue un proceso en espiral cada vez más frecuente y severa. Por esta razón, el tiempo que lleve la mujer en una relación con violencia representa un factor de riesgo para su vida.

Independientemente de lo que la mujer haga o deje de hacer para impedir el maltrato, éste seguirá e irá en aumento por parte del agresor buscando siempre culpar a los demás de su violencia, por oculta que sea, de hecho, no todas las mujeres que tienen o han tenido experiencias de violencia familiar la reconocen de esa manera.

Los periodos entre un episodio de violencia y otro varían en días, semanas, meses o años, entre una pareja y otra. Además, las diferentes etapas que enuncia el modelo no se presentan todas las veces, ni en todos los casos

Apoyos Didácticos a utilizar:

Tarjetas: Rompecabezas ciclo de la violencia Presentación Audiovisual

Proyector, computadora y pantalla

Sesión 2.

Actividad/Contenido La corte

Datos para el/la facilitador/a:

Que las y los participantes identifiquen los aspectos esenciales de atención a la violencia familiar y sexual.

Desarrollo:

Se solicita a los y las participantes para que se dividan en dos grupos posteriormente se solicita que cada grupo designe un secretario y un vocero.

El facilitador sustrae de los dos grupos un participante de cada uno, los cuales fungirán como jueces.

La indicación por el facilitador es: que el equipo 1 discutirá al interior de grupo las razones de porque se debe atender la violencia familiar y sexual en las unidades de salud del sistema nacional de salud ya que al final este equipo esta 100% convencido que la violencia se debe atender en los servicios de salud.

El equipo 2 hará lo mismo pero en sentido opuesto en forma intencionada se solicita al equipo buscar todas las razones de por que NO debe el personal médico y de salud casos de violencia .

Las personas que serán los jueces realizaran ambos ejercicio.

Por ultimo se solicita que ambos equipos en una corte aporten todas las razones que ellos conozcan de porque debemos atender la violencia y porque no.

Para que al final se reflexiones cuales son las ideas más importantes, dudas y aciertos.

Por último los jueces dan el veredicto según el equipo que gano.

Recomendaciones:

Se recomienda asignar los tiempos a cada equipo, y que no se atropellen al participar.

El facilitador adoptara el papel de moderador al ceder la palabra

Se observan todos los detalles , frases e ideas de cada participantes para reflejárselas al grupo a la vez se van resolviendo dudas y se muestra la capacidades de cada uno de ellos/as para justificar positivamente la atención de la violencia desde su propio lugar de trabajo.

Sesión 1.

Actividad/Contenido 17. Obligaciones y límites normativos

Datos para el/la facilitador/a:

Que las y los participantes identifiquen cuáles son los marcos jurídicos internacionales y nacionales que les obliga como profesionales de la salud para intervenir en la erradicación de la violencia familiar y sexual.

Desarrollo:

Se explicará con apoyo de la Presentación No. 9 Obligaciones y límites (Ver CD).

Se explica que el marco jurídico internacional, dentro de nuestra Constitución

Esto quiere decir que está por encima de las leyes generales, leyes estatales y específicas, por lo que se tiene que cumplir con lo establecido en los tratados firmados por México.

Después de la exposición se preguntará si hay dudas o comentarios.

Recomendaciones:

Como es el último tema de la sesión, y es un tema muy polémico, se pide que las intervenciones sean cortas.

El o la facilitadora hará un resumen de 5 minutos sobre las reflexiones más importantes que salieron durante el desarrollo de la sesión.

Apoyos didácticos a utilizar:

Presentación No. 9 Obligaciones y límites

Vídeo proyector, computadora y pantalla

Juego Didáctico:

Preguntómetro de la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

Datos para el/la facilitador/a:

Con el propósito de contribuir a que el personal de salud de todas las unidades médicas, se apropie de su contenido e incorpore entre sus tareas cotidianas la búsqueda activa y la atención oportuna a mujeres que viven en violencia, desarrollamos esta guía para la conducción de sesiones educativas y diseñamos como herramienta lúdica propiciatoria de aprendizaje, el juego didáctico Preguntómetro NOM-046-SSA2-2005.

El aprendizaje es un proceso complejo de construcción y apropiación individual que resulta de la interacción de varias personas que se vinculan a propósito de “problemas”, desde sus conocimientos, convicciones, sentimientos y valores; por ello, para propiciar que el personal de salud modifique su percepción en torno a su nivel de ingerencia y se convierta en parte activa de los procesos de detección y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres, adoptamos un enfoque metodológico que incluye pensamiento y afectividad como aspectos fundamentales de la experiencia humana.

Incluimos el uso del Preguntómetro NOM-046-SSA2-2005 como juego didáctico, para promover la participación, desarrollar la capacidad de ser flexible, propiciar la creatividad y la imaginación, reducir el estrés asociado a esquemas de autoexigencia e impecable desempeño, permitir la exploración de nuevas actitudes sin temor al error, facilitar el ofrecer y recibir comentarios correctivos, enfrentar obstáculos, asimilar fracasos y desarrollar una actitud crítica y de autocrítica.

La intención de la propuesta es generar un espacio vivencial educativo, un entorno sin riesgo en el que a través de la utilización del juego, sea posible no sólo transmitir la información y favorecer la revisión del contenido de la norma, sino reflexionar en torno a aspectos vinculados a la violencia para aportar significado a la experiencia.

Contenido:

- 1 CD que incluye:
 - o *Presentación en Flash de la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (Pres-NOM-046). Versión para PC y para MAC.*
 - o *Carpeta (Juego didáctico) con archivos de preguntometro.exe, preguntometro.xls y preguntometro.txt. Versión para PC y para MAC.*
 - o *Archivo pdf con la NOM-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.*
- 1 Puntómetro, tablero de registro en plástico antiestático.
- 1 Marcador de agua.
- 1 Guía para la conducción de la sesión educativa.

Desarrollo de la sesión

No. de participantes: 20 a 30 personas.

Duración: 90 a 120 minutos

Primera parte: Instrucciones y desarrollo del juego

En la primera sesión del Taller proporcione la NOM 046 de la instrucción las y los participantes que lean y revisen el contenido de la misma y enfatice la importancia de este ejercicio para su utilidad en las siguientes sesiones del taller. Previo al inicio del juego, verifique el funcionamiento del tablero. Es importante asegurarse que los archivos se encuentren grabados en el disco duro, de lo contrario el programa no funcionará.

1. *Organice al grupo en cuatro equipos y designe a una persona como observador.*
2. *Designe a una persona como jurado. (Puede ser un facilitador o persona del mismo grupo).*
3. *Designe a una persona como apuntados (Puede ser un facilitador o persona del mismo grupo).*
4. *Garantizar que todos los participantes porten su gafete de identificación.*
5. *Solicite que elijan un nombre para cada equipo y que designen a un “portavoz”*
6. *Escriba el nombre de cada equipo en el tablero de registro anexo.*
7. *Despliegue la pantalla del juego y explique a los participantes que:*
 - 7.1 *El tablero consta de 4 columnas que corresponden a un tema específico de la NOM 046 (Definiciones, aspectos legales, detección y tratamiento y registro de información)*
 - 7.2 *Cada columna tiene cinco recuadros con un número de puntos asignado; cada recuadro corresponde a una pregunta.*
 - 7.3 *Al hacer click en el recuadro seleccionado por el equipo, se desplegará en la pantalla una pregunta.*
 - 7.4 *Cuando el facilitador termine de leer en voz alta la pregunta, debe hacer click en el cronómetro ubicado en el ángulo superior derecho de la pantalla para indicar los 15 segundos disponibles para que el equipo dé la respuesta a través del portavoz.*
 - 7.5 *Se recomienda que el jurado cuente con las respuestas correctas, y que considere con un criterio flexible la decisión.*

- 7.6 Si a juicio del jurado calificador la respuesta dada por el portavoz del equipo es acertada, debe hacer click en “respuesta” para que se despliegue en la pantalla. El apuntador registrará los puntos correspondientes en el renglón del tablero auxiliar asignado al equipo.
- 7.7 Para regresar al tablero del juego, debe hacer click en panel.
- 7.8 Si no hay respuesta o si a juicio del jurado calificador es equivocada, el equipo siguiente tendrá oportunidad de responder la pregunta, y así sucesivamente.
- 7.9 Si ninguno de los equipos responde, los puntos no se registrarán en el tablero. El/la facilitador/a deberá tomar nota de las preguntas que no son respondidas por los equipos para retomarlas al final de la sesión.
- 7.10 Cada equipo dispondrá de al menos 4 turnos para seleccionar a través de su portavoz, la pregunta que desee contestar. Que quiere decir con los turnos?
8. Pregunte a los participantes si la explicación de las instrucciones ha sido clara y suficiente; en caso de que haya dudas, repita la explicación, amplíe la información y proporcione ejemplos sencillos.
9. Aclare que cada equipo tendrá 5 turnos para participar.
10. Presente a las personas que fungirán como jurado calificador y como apuntador. Explique que el jurado calificador evaluará y determinará si las respuestas de los equipos son correctas o no y que la decisión del jurado calificador será inapelable. El apuntador registrará en el tablero los puntos que se vayan acumulando con las respuestas correctas.
11. Mencione que el objetivo del juego es “acumular el mayor número de puntos posibles”. Reitere el objetivo por lo menos una vez y dé inicio al juego.
12. Al agotar las preguntas del tablero, solicite al apuntador que de un reporte final de los puntos acumulados en total e informe los resultados al grupo.

Segunda parte: Procesamiento y reflexión grupal

1. Al concluir el juego y en función de los resultados reportados por el apuntador, plantee las siguientes preguntas al grupo:
- ¿Consideran que se logró el objetivo del juego?
 - ¿Cómo se sintieron durante el ejercicio y cómo se sienten al conocer el resultado?

Recuerde que las técnicas vivenciales movilizan emociones, facilitan la expresión de sentimientos y en algunos casos, detonan procesos catárticos; por ello, es importante escuchar, mostrar respeto y sensibilidad a las/los participantes, tratando de reorientar las intervenciones de manera propositiva en forma sutil.

2. Solicite a la persona que fungió como observador que comparta con el grupo sus anotaciones.
3. A partir de la participación del grupo, genere una reflexión sobre los siguientes temas:
- Las relaciones de competencia como patrones de comportamiento aprendido que generan conflictos e incluso situaciones de violencia.
 - Alternativas para la solución de conflictos en forma no violenta.
 - La cooperación y la importancia del trabajo en equipo para el logro de objetivos comunes.
4. Retome las preguntas que no fueron respondidas o que generaron debate durante el juego y amplíe la información. Puede utilizar como apoyo didáctico la presentación en Flash de la NOM-046-

SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (Pres-NOM-046).

5. Repase con el grupo los siguientes aspectos:

- Definición de violación. Aspectos legales
- La función de los refugios en el Modelo Integrado de Atención a la Violencia Sexual
- Anticoncepción de emergencia en casos de violación
- Quimioprofilaxis contra VIH en casos de violación y otras ITS.
- Importancia de la atención integral (no sólo médica) a personas en situaciones de violencia
- Aborto médico.

A continuación se muestran las preguntas que son utilizadas durante el juego:

Definiciones

Pregunta	Respuesta
Por su magnitud y repercusiones (tales como alta prevalencia , efectos nocivos a la salud tanto biológicos, psicológicos, y sociales) la Violencia Familiar y de Genero es considerada un problema de :	Problema de Salud Publica
Que norma establece los criterios a observar en la detección, prevención, atención medica que se proporciona a las y los usuarios involucrados en situaciones de violencia familiar o sexual.	NOM-046-SSA2-2005. Violencia Familiar, Sexual Y Contra Las Mujeres. Criterios Para la Prevención y Atención.
A los síntomas y signos, físicos o psicológicos indicativos de alteraciones a nivel del área física, psicológica o sexual, se les conoce como:	Indicadores de maltrato sexual psicológico, físico.
El espacio temporal multidisciplinario y seguro para mujeres, sus hijas e hijos en situación de violencia, que facilita a usuarios (as) la	Refugio

recuperación de su autonomía, se le conoce como:

Al acto u omisión, único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia en contra de otro u otros integrantes, independiente de parentesco consanguíneo, afinidad o civil, en cualquier espacio físico, se le conoce como:

Violencia familiar

Aspectos Legales

Pregunta	Respuesta
<i>Las acciones de consejería deben realizarse con:</i>	<i>Respeto a la autonomía de las decisiones del o la usuaria.</i>
<i>Es necesario para la atención de violencia sexual conocer como se le tipifica en los códigos penales federal y local al delito de:</i>	<i>Violación</i>
<i>La terminación del embarazo realizada por personal médico, en los términos y plazos permitidos de acuerdo con la legislación local</i>	<i>Aborto medico</i>

aplicable se le denomina:

El registro de las evidencias medicas de la violación debe realizarse con: *Previo consentimiento de la persona afectada*

En materia jurídica las instituciones del sector público, social y privado que otorguen atención medica a las o los usuarios involucrados en situación de violencia familiar o sexual, deberán: *Dar aviso al Ministerio Publico con el formato Apéndice Informativo 1*

Detección y Atención

Pregunta	Respuesta
<i>Las característica del ambiente en el cual se realizara La entrevista y los procedimientos para la detección son:</i>	<i>Un clima de confianza, sin juicios de valor ni prejuicios, con respeto y privacidad, garantizando confidencialidad.</i>
<i>A las actividades que en materia de salud están dirigidas a identificar a las o los usuarios que se encuentran involucrados en situación de violencia familiar o sexual, entre la población en general se le conoce como:</i>	<i>Detección de probables casos</i>
<i>En todos los casos a las personas que viven o han vivido en situaciones de violencia familiar o sexual, de acuerdo al nivel de la misma se deberá ofrecer atención de tipo</i>	<i>Psicológico</i>
<i>Estabilizar, reparar daños, evitar complicaciones; promover estabilidad emocional, prescribir anticoncepción de emergencia; prevenir ITS, proporcionar consejería, seguimiento y orientación a la persona afectada son objetivos de:</i>	<i>La atención a personas violadas</i>
<i>Los casos de violación, por temporalidad y capacidad preventiva pueden ser clasificados en dos categorías:</i>	<i>1. Casos inmediatos 2. Tardíos: Dependiendo de la búsqueda de atención antes o después de primeras 120 horas</i>

Registro de información y referencia

Pregunta	Respuesta
-----------------	------------------

En pacientes ambulatorios u hospitalarios las y los prestadores de servicios de salud ¿Que procedimiento realizaran para la detección de los casos y su confirmación?

Tamizaje

Cuál es el contenido de la información que se debe de otorgar en la consejería a usuarias en situación de violencia familiar y sexual :

Informar a la persona afectada sobre los pasos a seguir para acceder a los servicios de atención, protección y defensa.

Al procedimiento medico-administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención y otros espacios tales como refugios para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar otros servicios se le conoce:

Referencia - contra referencia

Los probables casos nuevos de violencia familiar o sexual son de notificación obligatoria. ¿Cuál es el formato que deben utilizar las unidades médicas para la notificación?

SUIVE-1-2000

Para cada probable caso de violencia familiar atendido por Las instituciones del sector público, social y privado debe llenarse otro formato ¿Cuál es?

Registro de Atención en Casos de Violencia Familiar o Sexual Apéndice Informativo 2

Sesión 2. Actividad/Contenido 20 Herramientas para la detección

Escenificaciones para cotejo

Datos para el/la facilitador/a:

Ampliar varios aspectos de la comunicación, que inciden en las interacciones humanas.

Profundizar en el análisis de los efectos que tienen ciertos comportamientos de una persona sobre otras.

Brindar una nueva perspectiva de lo que “sería la realidad” si cambiaran ciertos aspectos en las interacciones personales.

Desarrollo:

Se pide al grupo que se conformen cuatro equipos de salud, con enfermera/o, Trabajador/a social y médico/a.

Proporcione a cada equipo una tarjeta con una situación.

Explique que el objetivo es identificar las destrezas o las principales faltas de éstas, que presentan los prestadores y prestadoras de servicios, para su interacción con las usuarias, al momento de establecer una relación prestador/a de servicios-usuaria.

Mencione el contexto de la escenificación: “Se encuentran en un servicio de salud. Los/as prestadores/as de servicios serán escogidos de manera espontánea y asumirán el papel que prefieran representar, con la única instrucción de que se apeguen al comportamiento común de ese personal, sea enfermería, médico, trabajo social o psicología, la usuaria puede incluir personajes como familiares, esposo, compañeros/as, novio, hijos o hijas, de acuerdo a lo que mejor prefiera, para lo cual queda en la libertad de invitar a los compañeros/as que guste del grupo”.

Explique que está permitido introducir cambios en el guión, sin embargo, es de especial importancia que la usuaria y sus invitados/as se apropien del papel para escenificarlo como lo viviría una persona de su comunidad.

Solicite a cada equipo que presente su situación.

Distribuya al resto del grupo el formato “Destrezas del/la prestadora de servicios/a”, para que mientras se presenta cada caso, evalúen el desarrollo del personal.

Recomendaciones:

Es importante que se identifiquen las características que como personal de salud/a muestran los/as servidores/as públicos. Subraye los siguientes puntos:

Las características más comunes detectadas en la comunicación durante la entrevista.

De manera general clasificarán las características entre las que favorecen y las que entorpecen la comunicación y confianza, con un fundamento donde expliquen el por qué las clasificaron como tal.

De las características que les parecen menos favorables escojan las cinco que consideren más importantes.

Justifiquen su selección y mencionen que sería necesario realizar para lograr modificarlas a favor de la comunicación.

Apoyos didácticos a utilizar:

Tarjetas Escenificaciones para cotejo

Tarjeta Formato destrezas del/la facilitador/a (4 copias fotostáticas)

Sesión 5. Actividad 47

Evaluación Escrita Prueba de Contraste

Datos para el facilitador:

Que las y los participantes de forma escrita muestren los conocimientos adquiridos durante el taller valorar los logros alcanzados durante el taller.

Desarrollo:

El facilitador o facilitadora proporcionara una copia del Formato 2.1 Post test a cada uno de los participantes.

Se informa que el cuestionario es el mismo que respondieron al inicio del curso la finalidad es observar los alcances en cuanto a metas y objetivos de aprendizaje adquiridos durante el proceso de facilitación.

Indicar que cuentan con el tiempo estipulado para responderlo.

Se informa a los participantes responder lo que ellos consideren adecuado a cada pregunta en función a la información y conocimientos aprendido durante el curso.

Recomendaciones

Por estar en la etapa final del taller es importante que se informe sobre la necesidad de entregar al facilitador la copia del Formato 2.1 Post test debidamente contestada.

Apoyos didácticos a utilizar:

Foto copias del Formato 2.1 Post test para cada uno de los participantes.

Sesión 5. Actividad 48

Evaluación oral de los participantes

Datos para el facilitador:

Que las y los participantes opinen de forma oral y cuales fueron su experiencias durante todo el proceso de la facilitación y valorar los logros alcanzados durante el taller.

Desarrollo:

El facilitador o facilitadora propiciará las condiciones en donde todos los participantes se sientan en un ambiente de confianza y libertad para expresarse y se genere una reflexión de manera grupal sobre la valoración del taller y si se cumplió con sus expectativas.

Informa que se cuenta con 10 minutos para la dinámica.

Para agilizar el proceso se les recomienda levantar la mano para pedir la palabra y el facilitador en voz alta mencionara a quien le corresponde emitir su opinión.

Para ello se recomiendan algunas preguntas como:

- 1. ¿Cómo se sintieron durante el taller?*
- 2. ¿Se cumplió con sus expectativas?*
- 3. ¿Creen que lo aprendido servirá en su quehacer profesional?*
- 4. ¿Considera que vale la pena este tipo de cursos y por qué?*

Al terminar esta evaluación la facilitadora o el facilitador concluirá respondiendo las mismas preguntas que se les hizo a ellas y ellos y agradecerá a las y los participantes su participación.

Recomendaciones

Se sugiere expresar a los participantes la importancia de exponer en forma verbal todo lo que observaron durante la facilitación y la importancia de conocerlo ya que la evaluación es un rubro de

vital importancia para mejorar el proceso de facilitación, aspectos didácticos, contenidos temáticos y aspectos logísticos de la capacitación así como las debilidades y aciertos de el propio facilitador.

Apoyos didácticos a utilizar:

Foto copias del Formato de Evaluación de los participantes para cada uno de los asistentes.

Evaluación del Taller

Datos para el facilitador:

Que las y los participantes opinen de forma escrita como fue para ellos el proceso de facilitación y valorar los logros alcanzados durante el taller.

Desarrollo:

El facilitador o facilitadora proporcionara el cuestionario del Formato 3 Evaluación de Proceso a cada uno de los participantes.

Solicita que cada participante responda de acuerdo a su criterio personal.

Indicar usted el tiempo para responderlo

Recomendaciones

Se sugiere expresar a los participantes la importancia de exponer en forma escrita todo lo que observaron durante la facilitación y la importancia de conocerlo ya que la evaluación es un rubro de vital importancia para mejorar el proceso de facilitación, aspectos didácticos, contenidos temáticos y aspectos logísticos de todo el curso así como las debilidades y aciertos de el propio facilitador.

Apoyos didácticos a utilizar:

Foto copias del Formato 3 Evaluación de proceso

17.2 Formato para el registro del personal asistente

Hoja de registro
Capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud
Anotar con tinta los datos que se solicitan en la parte inferior
Lugar:
Fecha:
Facilitador/a (Ponente):
1. Datos Generales.
Nombre:
Sexo: Hombre ____ Mujer ____
Edad: ____ años.
Escolaridad:
Puesto:
2. Datos de localización.
Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____
Fax: _____
Correo electrónico: _____

17.3 Formato de la prueba diagnóstica inicial y final

ATENCIÓN A CASOS DE VIOLENCIA FAMILIAR	
Nombre:	
Edad:	
Sexo:	
Profesión	
Unidad de salud de procedencia	
¿Qué tan confiado se siente de poder brindar atención a un caso de violencia familiar en su centro de trabajo de acuerdo a las siguientes acciones pesos descritos a continuación? Anota el numero según sea el caso donde 0 No estoy seguro de poder hacerlo y 10 Estoy totalmente seguro de poder hacerlo Anota un numero de 0 a 10 según sea el caso donde 0= Incapaz de poder hacerlo y 10= Seguro de poder hacerlo	ESCALA DE CONFIANZA
ITEM	(0 - 10)
1. Reconocer signos y síntomas de violencia	
2. Proporcionar contención esencial	
3. Proporcionar orientación sobre violencia a usuarias	
4. Atender las lesiones por violencias	
5. Realizar una referencia oportuna	
6. Atender un caso por violación	
7. Redactar la historia clínica en un caso de violencia	
8. Proporcionar tratamiento médico en caso de violación	
9. Elaborar el aviso al Ministerio Público	
10. Utilizar la perspectiva de género e la atención de violencia	

17.4 Formato de autoeficacia para atención en casos de violencia

Por favor, estima cuan seguro estás de poder realizar regularmente la atención de casos de violencia en su centro de trabajo (3 o más veces por semana)

Anota el numero según sea el caso donde 0 No estoy seguro de poder hacerlo y 10 Estoy totalmente seguro de poder hacerlo.

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR	
Nombre:	ESCALA DE CONFIANZA
Edad:	
Sexo:	
Profesión:	
Unidad de salud de procedencia	
¿Qué tan confiado se siente de poder brindar atención a un caso de violencia familiar en su centro de trabajo de acuerdo a las siguientes acciones pesos descritos a continuación? Anota el numero según sea el caso donde 0 No estoy seguro de poder hacerlo y 10 Estoy totalmente seguro de poder hacerlo Anota un numero de 0 a 10 según sea el caso donde 0= Incapaz de poder hacerlo y 10= Seguro de poder hacerlo	
Ítems	0-10
1. Falta de tiempo en la consulta	
2. Cuando estoy presionado por las metas	
3. Cuando no hay apoyo por las autoridades del centro de salud	
4. Cuando nadie me apoya en la consulta	
5. Cuando es un caso de violencia extrema	
6. Cuando se requiera mi presencia en el MP	
7. Cuando no cuento con el material médico para la atención	
8. Cuando la persona violentada no pide apoyo	
9. Cuando la usuaria llora durante la consulta	
10. Cuando se trata de una persona violada	
11. Cuando la usuaria solicita método de anticoncepción de emergencia	
12. Cuando la usuaria solicita un aborto médico	

13. Cuando tengo que proporcionar tratamiento para infecciones de transmisión sexual	
14. Al redactar el Formato de aviso al ministerio público	
15. Al elaborar la Historia Clínica	
16. Cuando tengo que proporcionar información sobre atención de la violencia en otras instituciones	

Citación: González, S. L., González, S. L. (2010, May 13). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia (Albert Bandura) . Retrieved February 10, 2011, from OCW Universidad de Cantabria Web site: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/promocion-de-la-salud/otros-recursos-1/guia-para-la-construccion-de-escalas-de>. Copyright 2010, por los autores de los cursos. Esta obra se publica bajo una licencia

17.5 Formato de para evaluar el Taller y al Facilitador/a

Evaluación del Taller y del Facilitador Capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud	
Tache el numero que según se acerque mas a su opinión de acuerdo a la siguiente escala <i>1 Muy bueno 2 Bueno 3 Regular 4 Malo 5 Muy malo</i>	
Fecha:	
Edad:	
Sexo:	
1¿Cree que el taller le dio herramientas necesarias para la referencia de personas que viven en situación de violencia familiar?	
Si o NO	
¿Por qué?	
2¿Cómo describe el trabajo realizado por el o la capacitador/a durante el taller?	
1 2 3 4 5	
¿Por qué?	
3¿Cómo calificaría este curso?	
1 2 3 4 5	
¿Por qué?	
4¿Que recomendaciones daría para mejorar este curso?	
Observaciones	

Curso de Capacitación para la detección y atención esencial de la violencia familiar y de género en unidades de salud de la Secretaría de Salud

Estado: _____ **Delegación:** _____
Sede (Lugar): _____ **Fecha Inicio:** _____ **Fecha Término:** _____
Nombre del Capacitador: _____ **Hora Inicio:** _____ **Hora Término:** _____
Numero de sesión: _____ **Responsable del Evento:** _____

	Nombre Completo	Profesión						Lugar de Trabajo					Registro de Asistencia				Firma
		Médicos	Psicólogos	Trabajador Social	Enfermería	Médicos en Formación	Otros	Centro de salud	Puesto	Sexo		Teléfono/e-mail					
										H	M		1	2	3	4	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	

