

Ayudando a quien ayuda



LA VERDE PERLA LAMBU Y LA OMEGA



RED NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA DIRIGIDA
A LA MUJER Y LA FAMILIA

CONDICIONES Y EFECTOS EN LOS / AS PROFESIONALES QUE
ATIENDEN POBLACIÓN SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR

INVESTIGADORAS

Dayra Dawson
Gladys Miller Ramírez

CO-INVESTIGADORAS

Hermelinda Rodríguez
Jazmina Rujano
Marisol Reyna
Nilda Santamaría
Rosa E. Chong
Yara Acuña

Panamá, 1998 - 1999

❖ EJECUCIÓN

Red Nacional contra la Violencia Dirigida a la
Mujer y la Familia

*Estudio Condiciones y Efectos en los/as Profesionales
que Atienden Población Sobreviviente de Violencia Intrafamiliar*

Autoras

Dayra Dawson
Gladys Miller Ramírez
Hermelinda Rodríguez
Jazmina Rujano
Marisol Reyna
Nilda Santamaría
Rosa E. Chong
Yara Acuña

Corrección de estilo

Ramira Miller

Levantado

Luz Barranco
Dagmar López Palacios

Apoyo Técnico

Dora Arosemena, Programa Mujer, Salud
y Desarrollo OPS en Panamá

❖ AUSPICIO :

Programa para la Prevención de la Violencia Social y Sexual contra Mujeres en Centroamérica.
Fundación Heinrich Boell, Alemania - Elaboración.

Organización Panamericana de la Salud, OPS , OMS en Panamá - Asistencia Técnica y Publicación
Programa Mujer, Salud y Desarrollo de OPS.

Panamá, República de Panamá

Agosto 1999

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1 - MARCO REFERENCIAL

1.1. La Violencia como Fenómeno Social

- 1.1.1. Origen de la Violencia Humana
- 1.1.2. Concepto y características de la violencia intrafamiliar
- 1.1.3. Manifestación de la violencia intrafamiliar
- 1.1.4. Ciclo de la violencia intrafamiliar
- 1.1.5. Enfoques teóricos de la violencia intrafamiliar
- 1.1.6. Mitos y estereotipos acerca de la violencia intrafamiliar

1.2. La Violencia Intrafamiliar como Violación a los Derechos Humanos

1.3. Violencia Intrafamiliar y Salud Pública

- 1.3.1. Las consecuencias de la violencia conyugal en la salud de la mujer

CAPÍTULO 2 - ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. Aspectos Metodológicos

- 2.1.1. Objetivos del Estudio
- 2.1.2. Técnicas utilizadas
- 2.1.3. Cobertura Poblacional
- 2.1.4. Diseño estadístico
- 2.1.5. Limitaciones

CAPÍTULO 3 - MODELOS TÉCNICOS EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

- 3.1 Modelos Teóricos en la Atención Individual y Familiar:
La Perspectiva de Género en la Terapia
 - 3.1.1 Lo Masculino y lo Femenino
 - 3.1.2 La familia nuclear como fuente de la visión de la relación hombres y mujeres
 - 3.1.3 Las familias: nuevas concepciones
 - 3.1.4 Proyecciones de las familias: nuevos retos
 - 3.1.5 La familia en crisis o crisis del modelo de familia

- 3.16 Las Familias desde la Visión de Género: La Construcción de la Identidad
 - 3.16.1 La identidad femenina y masculina y las familias: una mirada desde la visión de género.

- 3.2. La Atención de la Violencia Intrafamiliar y el Papel de los/as Profesionales:
La Visión de Género en La Terapia
 - 3.2.1 Aspectos psicosociales de la intervención en casos de violencia intrafamiliar
 - 3.2.2 Identificación y adquisición de roles terapéuticos
 - 3.2.3 Los legados generacionales de violencia en la figura del/la terapeuta

CAPÍTULO 4 - ROL DE LAS ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

- 4.1 Rol de las Organizaciones Gubernamentales y No Gubernamentales en la Atención de la Violencia
 - 4.1.1 El rol de las Organizaciones No Gubernamentales
 - 4.1.2 El rol de las Organizaciones Gubernamentales

*CAPÍTULO 5- CONDICIONES Y EFECTOS EN LOS/AS
PROFESIONALES QUE ATIENDEN POBLACIÓN SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA
INTRAFAMILIAR*

- 5.1 - Condiciones y Efectos en los/as Profesionales que Atienden Mujeres y Población en General Afectada por Violencia Intrafamiliar
 - 5.1.1 Características de los/as informantes
 - 5.1.2 Modelos de intervención utilizados
 - 5.1.3 Condiciones de trabajo de la población que atiende sobrevivientes de violencia intrafamiliar
 - 5.1.4 Efectos en la vida de los/as profesionales que atienden población sobreviviente de violencia intrafamiliar

Conclusiones

Recomendaciones

Glosario

Bibliografía

Anexo 1

Listado de organizaciones que atienden población sobreviviente

Anexo 2

Siglas

Anexo 3

Encuesta realizada a los/as profesionales que atienden población sobreviviente

Anexo 4

Cuadros

Anexo 5

Información de la Red Nacional Contra la Violencia

INTRODUCCIÓN

Las últimas dos décadas (1980 - 1990), el debate en torno a la violencia contra la mujer, particularmente, la intrafamiliar, han sido materia de mucha atención en América Latina y en casi todo el mundo. Las organizaciones de mujeres, principalmente, han colocado la situación en las agendas nacionales, lo que, de distintas maneras, facilitó el que los gobiernos se comprometieran a atender la problemática mencionada. Existe, pues, conveniente información que identifica el problema y coloca líneas de políticas para enfrentarlo.

Sin embargo, hay un aspecto del asunto que es el del personal que atiende a las personas afectadas por violencia en la familia. Nos referimos no sólo a los/as profesionales que brindan terapia grupal, individual o de pareja, sino a otras personas que están relacionadas directamente con la atención; y que cubren el rol de soporte emocional o socio-familiar en la etapa inicial por medio de referencias o consejerías.

Tal como lo explica el autor James D. Cuy, en su obra *La Vida Personal del Psicoterapeuta*, donde analiza el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del/la terapeuta, la atención a personas afectadas por violencia intrafamiliar produce consecuencias negativas. Así afirma:

... Además trabajar con pacientes emocionalmente perturbados, según algunos, es arriesgado para la salud mental y el bienestar del terapeuta. De este modo, además de la influencia potencialmente negativa del trabajo profesional sobre la vida y las relaciones personales del o la terapeuta, su experiencia interna en los encuentros terapéuticos también pueden promover sentimientos de insatisfacción laboral.

Frente a una aseveración de tal magnitud, la Red Contra la Violencia, inicia una línea de investigación que persigue conocer las condiciones y efectos de los/as profesionales que atienden población sobreviviente de violencia intrafamiliar, exclusivamente a las mujeres, que son la población mayormente afectada y especialmente en los aspectos relacionados al autocuidado, la situación laboral y familiar del o la terapeuta y otros/as profesionales que integran el equipo de trabajo: enfermeras, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, abogadas/os y psiquiatras.

Este estudio fue estructurado en cinco capítulos. El primero y el segundo abordan lo relativo a los lineamientos teóricos y conceptuales de la violencia y los aspectos metodológicos. El tercero, se refiere a los modelos teóricos en la atención a personas, resaltando la perspectiva de género en la terapia. El capítulo cuarto y quinto discuten sobre el papel de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en la atención y se indican los resultados de las condiciones y efectos de los/as profesionales que atienden población sobreviviente de violencia intrafamiliar.

El estudio, pretende convertirse en un puente para ser continuado por otros organismos interesados y preocupados por erradicar la violencia dirigida contra la mujer y otros grupos humanos que integran las familias panameñas.

Las limitaciones del análisis, propias de estos tipos de informes pioneros, son responsabilidad exclusiva de las autoras quienes agradecen los comentarios respectivos.

CAPÍTULO 1

MARCO REFERENCIAL

1.1 LA VIOLENCIA COMO FENÓMENO SOCIAL

La violencia es un fenómeno del cual tenemos intensas vivencias. Forma parte de nuestras experiencias cotidianas como individuos, miembros / as de la familia y de la sociedad en su conjunto y la mayoría de las veces es una presencia invisible que acompaña gran parte de nuestras acciones diarias, casi "*naturalmente*".

Sin que nos demos cuenta circula casi "*naturalmente*" en nuestro entorno adoptando tres formas distintas, pero interrelacionadas: hacia objetos que incluyen la destrucción del medio ambiente, el daño a la propiedad y desprecio hacia la belleza y la armonía inherente en la naturaleza; hacia uno /a mismo /a, que varía en gravedad desde la mera indiferencia hacia el propio estado de salud, el uso de drogas no prescritas o alcohol, y, finalmente, el suicidio. Y, por último, hacia otras personas, que se manifiesta a través de una serie de formas de comportamiento que incluyen el abuso a menores, el crimen y el asesinato; así como el desprecio por los derechos de los /las demás e indiferencia hacia su angustia y sufrimiento.

1.1.1 Origen de la Violencia Humana

Tal conducta es una expresión o actuación del ser humano que tiene numerosas y complejas causas, que pueden ser activas o pasivas, conscientes o inconscientes.

Se distinguen tres grandes cuerpos de teorías con distintas variantes en cada una de ellas:

- Enfoque instintivista Coinciden en afirmar que el comportamiento violento se debe a un instinto innato programado filogenéticamente, que busca su descarga. Habría una acumulación de energía que constantemente y frente a ciertos estímulos se volcarían en actos destructivos. Este instinto podría considerarse como un impulso biológico adaptativo que sirve para la supervivencia del individuo.
- Concepción Freudiana del Trieb: Considera como fuerza impulsora relativamente indeterminada. En cuanto al comportamiento que produce y al objeto que brinda la satisfacción, Freud utiliza en varias ocasiones el término instinto en sentido clásico, es decir, como un esquema de comportamiento heredado, propio de una especie animal, que varía escasamente de uno a otro individuo; se desarrolla según una secuencia temporal poco susceptible de perturbarse y parece responder a una finalidad

-El concepto de pulsión está referido a un proceso dinámico. Consiste en un impulso no siempre asociado al modelo de la sexualidad poco considerado en forma dualista, donde se distingue la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

-Las pulsiones de muerte se dirigen, en primer término, hacia adentro y buscan la autodestrucción o, en segundo lugar, se encaminan hacia el exterior manifestándose en forma de pulsión agresiva o destructiva. En tanto, las pulsiones de vida abarcan la autoconservación.

-En la posición psicoanalítica, la violencia o pulsiones destructivas o agresivas son derivadas de la pulsión de muerte en su proyección hacia el exterior.

- Teoría conductista: Juzga que el comportamiento del ser humano es modelado exclusivamente por la influencia del ambiente, o sea, por los factores sociales y culturales.

Fromm rechaza tanto la teoría instintivista como la conductista, pues considera que ambas coinciden en excluir la responsabilidad personal y la libertad, ya que, según ellas, siempre el acto depende de hechos exteriores.

11.2 Concepto y Características de la Violencia Intrafamiliar

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española violentar significa:

" La aplicación de medios sobre personas o cosas para vencer su resistencia. " Según esta definición la violencia es: " el uso de la fuerza, abierta u oculta, con el fin de obtener de un individuo o de un grupo lo que no quieren consentir libremente " .

(Domenach, Jean Marie: Revista Internacional de Ciencias Sociales, UNESCO, París, 1978 N. 4, Pág. 779)

La violencia contra la mujer ha sido definida por las Naciones Unidas como cualquier acto que resulte en (o en posibilidades de generar) daño físico, sexual o emocional a mujeres incluyendo amenazas, coerción o privación arbitraria de la libertad, sea esto realizado en público o en privado.

1.1.3 Manifestación de la Violencia Intrafamiliar

Las diferentes formas de maltrato causan daños físicos y mentales a corto y largo plazo de manera individual y familiar:

- **Violencia Física** Se refiere al maltrato físico a otra (s) persona (s) para controlar, someter o humillar. Se expresa por medios de patadas, empujones, quemadas, etc.
- **Violencia Sexual** Consiste en la acción de tocar parte del cuerpo de una persona sin su consentimiento; emitir miradas y palabras insultantes, expresiones irrespetuosas, relaciones sexuales a la fuerza o exigir posiciones no deseadas, amparándose en el concepto de matrimonio.
- **Violencia Emocional o Psicológica** es la capacidad de humillar de manera intensa y continua a otra persona con el fin de controlar sus acciones o su forma de ser; causando sufrimiento y temor mediante la intimidación, amenazas, gritos, manipulación, encierro, aislamiento, insultos, burlas, ofensas, celos excesivos, indiferencia, y otros.
- **Violencia Patrimonial y Económica** Alude a todo acto que causa daño, pérdida de objetos o bienes materiales de la mujer o del grupo familiar, por ejemplo, no cumplir con el mantenimiento de la familiar.

-La reiteración de estas conductas provoca en la víctima, temor y confusión inseguridad; sumados a los sentimientos de desprotección y dificultades para tomar decisiones propias.

1.1.4 Ciclo de la Violencia Intrafamiliar

Es muy difícil detener la violencia. Es necesario conocer su ciclo para poder actuar, detener o prevenirla, es decir, comprender que las víctimas en esta situación necesitan ayuda externa para librarse de ella.

FASE 1

Etapas de acumulación de tensiones: Se manifiesta por golpes menores, hostilidad, control excesivo, los cuales pueden ser prolongados. No depende de factores externos y siempre se desencadena el ciclo.

FASE 2

Etapas agudas o de golpes: Se dan golpes graves, lesiones graves que pueden llegar a hospitalizaciones e incluso la muerte. Ésta fase de inevitabilidad donde la mujer será golpeada, no importa lo que haga. Es impredecible, con grandes niveles de destrucción; pero de corta duración.

FASE 3

Arrepentimiento, reconciliación o luna de miel: Hay arrepentimiento y promesas de la persona que maltrata; niega o justifica su conducta. La mujer confía, perdona y hasta lo justifica. Pero, por desgracia, vuelve a la fase 1.

1.1.5 Enfoques Teóricos de la Violencia Intrafamiliar

A partir del momento en que los hechos de violencia dentro de la familia fueron "descubiertos" y definidos como graves problemas sociales, se han realizado, en diferentes países, numerosas investigaciones tendientes a conocer mejor el fenómeno. La mayoría de ellas pronto coincidieron en lo que respecta al " *qué* " y al " *cómo* " de la situación.

En los últimos años, diversas teorías han intentado determinar las causas de la violencia intrafamiliar. Durante mucho tiempo, la psicopatología fue el principal recurso explicativo utilizado, su hipótesis era que las personas que ejercen violencia sobre un miembro /a de la familia, sufren algún tipo de trastorno mental. La mayoría de los/as autores/as señalan que si bien algunos agresores padecen - efectivamente - trastornos psicopatológicos, la proporción de enfermos mentales no es mayor que entre la proporción en general.

Un segundo elemento explicativo lo constituye el alcohol y el uso de drogas. Pero los estudios más profundos demostraron que el abuso de sustancias, más que causar la violencia, contribuye a facilitarla o se transforma en una excusa atenuante.

Una hipótesis de gran popularidad es la que afirma que la violencia es provocada por la víctima. Ésta cobra cuerpo en dos tendencias principales: una es la teoría del masoquismo; la otra, la familia disfuncional. En ambos casos, con elementos provenientes de distintos marcos conceptuales se consigue un mismo resultado: culpar a la víctima.

Además de los criterios derivados del modelo médico para explicar las causas de la violencia intrafamiliar; existe el psicológico, el cual tiende a simplificar un fenómeno social complejo, atravesando por innumerables mitos y estereotipos culturales. Desde la perspectiva de otro modelo, el sociológico, se ha recurrido a variables como clase social, estrés económico, distribución del poder, violencia institucional y política, entre otras.

Los factores analizados están vinculados al fenómeno de la violencia en la familia; por lo que se requiere de su participación interrelacionada para explicar la totalidad del fenómeno.

1.1.6 Mitos y Estereotipos acerca de la Violencia Intrafamiliar

Históricamente, el desarrollo de la mujer se desenvuelve en un mundo configurando por y para el hombre: recluida en el hogar, ajena a los conflictos, excluida de la intervención cultural, separada de la vida activa pública.

Desde periodos remotos la violencia contra la mujer en el hogar, ha sido reforzada por mitos que sólo han contribuido a distorsionar esa realidad que experimentan a diario las mujeres y a aumentar la acción del hombre violento. Los mitos y estereotipos sexuales refuerzan la situación de la mujer dirigidos a:

1. Culpabilizar a la mujer: " Lo habrás hecho... ", " algo habrás hecho ...", " tiene mal carácter...", " no le obedece..." .
2. La hacen cómplice de la situación: " Le gusta que le peguen...", " es masoquista...", " se queda porque le conviene..." .
3. Sugiere la " naturalidad " de la violencia: " Un golpe que te hace...", " todo los hombres son así...", " casarse no es un lecho de rosas...", " porque te quiero te pego..." .
4. Le impide alejarse de la situación: " No hay que deshacer la familia...", " los niños necesitan un padre...", " ¿cómo te vas a arreglar sola?... ", " está enfermo " .

Los estereotipos son los modelos sociales prefijados que se han utilizado para educar a las personas según su sexo. Estas pautas, incorporadas a la personalidad y a las creencias de los individuos, reproducen dentro de ello las estructuras sociales de poder y de opresión que han afectado a la mayoría de los seres humanos y a las mujeres, en particular.

La manera como se cataloga la conducta esperada, las funciones y el modo de vida de cada sexo han resultado, al final , en una de las principales causas de la infidelidad y el perjuicio de la salud y de la convivencia entre hombres y mujeres, y una de las raíces de la violencia intrafamiliar, sobre todo la dirigida a la mujer y a los/as niños/as.

1.2 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR COMO VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

La violencia intrafamiliar se desarrolla de un sistema de poder caracterizado por el rol de subordinación y de desigualdad de algunos de sus integrantes, que en ocasión, luego de la infructuosa búsqueda de solución produce una de las caras *consecuencias*: la pérdida de la vida, un derecho humano por excelencia.

El Artículo Primero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos expresa:

" Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están en razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros".

Sin embargo, a pesar de las manifestaciones que, supuestamente se constituye en base fundamental de la vida humana, es impostergable negar que vivimos en una sociedad donde prevalecen divergencias y desigualdades, específicamente, por razón de sexo, donde la mujer ocupa una posición desventajosa frente al hombre. Ese hecho discriminatorio es un tipo de violencia que infringe los derechos.

En nuestro país, muchos han sido los esfuerzos para lograr una propuesta de ley sobre violencia intrafamiliar; desde la realización de investigaciones acerca del tema, así como la creación de centros de apoyo y atención a la mujer, hasta la conformación de la Red Contra la Violencia Dirigida a la Mujer y a la Familia. Además, se incluye en módulos de enseñanza en universidades y se crean programas para la atención a víctimas. Finalmente, se fue incrementando la conciencia de la violencia hacia la mujer y la niñez, eso permitió ir creando las bases para formular una legislación a ese respecto.

Es así como en 1991, se presenta un anteproyecto de ley que tipifica la violencia intrafamiliar como delito y se establecen las dependencias especiales para la atención de la víctima de la violencia intrafamiliar. En 1993, se suscita un incidente de violencia en el país que permite a FONDAMUJER (Fundación para la Promoción de la Mujer) hacer patente ante el Procurador General de la Nación una protesta debido a un fallo absolutorio emitido por un jurado de conciencia a favor de un hombre que asesinó a su esposa.

La disconformidad se basaba en el manejo poco eficiente del Ministerio Público. Por tal razón, se realizaron reuniones durante más de seis meses con todos los funcionarios/as y profesionales afines de la temática, y con ONGs para discutir ampliamente el tema, lo que produjo la redacción del Anteproyecto de Ley en el que se tipifica como delito la violencia intrafamiliar y se hacen modificaciones al Código Penal en material de incesto, violación carnal, estupro, entre otras.

De esta manera y teniendo como marco de referencia la realidad de la mujer panameña, se justifica la necesidad de una normativa que regule la situación. Tras una ardua lucha se logra la aprobación en tercer debate de la Ley 27, el 10 de mayo de 1995; sancionada posteriormente por el Presidente de la República el 16 de junio de 1995, se denominaría: Ley No. 27: *'por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato a menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial y se adoptan otras medidas'*.

Luego de la promulgación de la Ley, la Red Contra la Violencia creó el Comité de Seguimiento para su monitoreo el 15 de noviembre de 1995, que recibió el respaldo de la Primera Dama de la República, Licenciada Dora Boyd de Pérez Balladares. Este Comité estaba integrado por todas las instituciones gubernamentales, privadas y ONGs relacionadas con la aplicación de la Ley 27, las cuales conforman más de 40 organizaciones públicas y privadas y un sinnúmero de personas particulares. La Red Contra la Violencia Dirigida a la Mujer y a la Familia, consciente de que, si bien es cierto que la Ley 27 es un logro como mecanismo jurídico para minimizar la violencia en Panamá, también percibe la existencia de situaciones que la Ley no resuelve, de allí el compromiso de realizar un trabajo de monitoreo para solventar esas inadecuaciones:

A pesar que la definición de la familia en la Ley es lo suficientemente amplia para que se incluyan en ella la multiplicidad de vínculos de la mayoría de las familias panameñas, en la práctica encontramos que gran parte de los tribunales no consideran las uniones de hecho o las relaciones de pareja extramaritales.

También debe protegerse a las personas que viven bajo un mismo techo (no de una relación contractual) aunque los vínculos de parentesco y consanguinidad no están claramente establecidos dentro de una concepción tradicional; pero que en nuestro medio constituyen nexos familiares: hijos/as de crianza, primos/as, nietos/as, hijastros/as, y otros. Se debe considerar dentro del cuerpo de ley violencia intrafamiliar cuando el agresor o agresora sea ex cónyuge o ex compañero (uniones de hecho); cuando el agresor o agresora y las víctimas hubieran procreado hijos/as en común aunque no convivan juntos; cuando el agresor/a haya tenido algún vínculo de afinidad con la víctima en el pasado (exconsuegro/a, excuñado/a, y otros.)

La Ley no incluye agravante en los casos cuando se produzca la muerte de la víctima, ya la misma es producto de una serie concatenada de formas de violencia intrafamiliar. En estos casos, se propone aumentar la sanción (de 12 a 20 años), cuando la víctima sea parte de una familia. Debemos recordar que existen formas de violencia intrafamiliar en la que los vínculos existentes entre la víctima y quien la agrede no son legales y que, por lo tanto, no se podría configurar el homicidio agravado por el vínculo de parentesco (uniones de hecho, personas divorciadas relaciones sin parentesco legal).

La falta de unidades especializadas de atención.

La necesidad de fijación de las medidas de prevención y de seguridad a los casos de violencia intrafamiliar (medidas estratégicas).

Queremos reconocer que estamos frente a un cuerpo de ley relativamente nuevo y que el hecho de evaluarla e identificar sus "virtudes y defectos" no implica que estemos desvalorizándola. Nuestro deseo es enriquecerla y hacerla más efectiva y consona con la realidad de este problema público como lo es la violencia intrafamiliar.

Es de suma gratificación mencionar algunos logros que han permitido tener una nueva perspectiva de la violencia en nuestro país. Entre ellas:

1. La creación de una Ley que tipifica a la violencia intrafamiliar y el maltrato a menores como un delito.
2. Las víctimas se han acercado a las autoridades para presentar sus denuncias, a raíz de la aprobación y divulgación de dicha Ley.
3. Hay un mayor grado de sensibilidad social ante el problema por parte de toda la sociedad.
4. El Estado empieza a asumir (aunque pausadamente) responsabilidades y compromisos en cuanto al problema.
5. Hay mayor interés, por parte de los sectores involucrados en el problema, en buscar mecanismos de solución.

Finalmente, sería interesante discutir y solicitar la opinión a expertos/as en la materia jurídica, la posibilidad de crear una ley especial en violencia intrafamiliar en la que se puedan incluir aspectos tales como: fines, definiciones, aspectos civiles, patrimoniales, aspectos penales y administrativos, disposiciones procedimientos, entre otros.

Se recomienda la continuidad a la creación de leyes a la luz de la Convención de Belem Do Para-OEA, por medio de la cual se Previene, Erradica y Sanciona la Violencia contra la Mujer y urge la necesidad de la aplicación de un Plan Nacional contra la Violencia.

1.3 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SALUD PUBLICA.

En las últimas décadas, los movimientos de mujeres pusieron de manifiesto los diferentes derechos que por siglos no han podido accesar plenamente, afectándolas gravemente, a pesar de que constituyen la mitad de la población.

En diferentes áreas de la vida de la población y, sobre todo de las mujeres se evidencian aún formas de discriminación a nivel jurídico, político, social, educativo y de

salud, de allí el reconocimiento de la violencia como un problema legítimo, violatorio de los derechos, un obstáculo al desarrollo económico, social y un problema de salud pública, ya que contradice el significado emitido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) donde afirma que salud:

"No es ausencia de enfermedad, sino el desarrollo bio-sicosocial o bienestar integral."

Vemos de esta manera cómo el análisis de la violencia, por sus orígenes e implicaciones en las diversas áreas de los seres humanos, debe reconocerse como un problema multifactorial, y multifactorial.

La OPS (Organización Panamericana de la Salud) y la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 1993, en la XXXVII Reunión del Consejo Directivo, identifica la violencia intrafamiliar como:

1. Un fenómeno común y repetitivo.
2. Muy grave por sus consecuencias.
3. Que sí tiene alternativas o posibles soluciones.

Varios documentos de la OPS desarrollan algunas consideraciones acerca de las características de la violencia intrafamiliar:

1. La OMS declara que una de cada cinco mujeres fue física o sexualmente abusada por un hombre en algún momento de su vida.
2. Es la forma más dramática y extrema de la discriminación de género y atropello a los derechos humanos de este enorme segmento de la población. En muchas culturas no sólo es aceptada, sino esperada.
3. Incluye violación, mutilación, feminicidio, abuso sexual, psicológico, físico, morbimortalidad, costo humano y social.

4. Afecta a un gran sector de la población femenina y se convierte en un mal endémico, que día a día se conoce en forma ascendente, ya que las mujeres se han apropiado de la necesidad de romper el silencio para que se conozca esa verdad tan guardada, pero tan real.
5. Un análisis realizado por la OPS a nivel subregional afirma textualmente en sus documentos, que la mayoría de los países en Centroamérica han elaborado normas y protocolos de atención para el abordaje de la violencia intrafamiliar y, en particular, hacia la mujer; sin embargo, los porcentajes de detección de los casos de violencia siguen siendo reducidos, no obstante la magnitud del problema.
6. Otro factor por considerar en esta reflexión es la vulnerabilidad de la región centroamericana ante las catástrofes naturales, *inundaciones*, la violencia de género y, en particular, la violencia conyugal en la rutina, terremotos, erupciones volcánicas, o aquellas provocadas por la acción humana como son las guerras. Los recientes acontecimientos, producto del huracán Mitch, han sido elocuentes al respecto. El sector salud, ante tales situaciones plantea acciones inmediatas de mitigación y alertas epidemiológicas. Cabe preguntarse ¿cómo se enfoca el problema de la violencia intrafamiliar y violencia conyugal en estas situaciones? (Guido, 1999).
7. Dejan devastadoras consecuencias a nivel psicosocial y físico; a un sinnúmero de personas, especialmente mujeres y niñas, que viven los honores producidos por aquellas personas que aman. No sólo es el daño físico producido por un golpe, un intento de ahorcamiento o ruptura de alguna parte del cuerpo, que producen heridas o discapacidades transitorias o permanentes; sino además, las ofensas, amenazas o burlas recibidas.
8. Convertirse en testigos/as y/o víctimas ocasiona consecuencias traumáticas. Por ejemplo, los abusos sexuales que les aniquila el cuerpo y el espíritu.

9. El Banco Mundial estima que en los países en desarrollo, la violación y la violencia doméstica representan el 5% de años de vida saludable perdidos, para las mujeres en edad productiva.
10. Informaciones recabadas por el programa subregional de la OPS afirman que la violencia tiene un impacto económico en los servicios de salud e investigaciones plantean que las mujeres que sufren violencia usan más frecuentemente los servicios de salud.
11. Las evidencias plantean la necesidad de la integración de la detención de género y, en particular, la conyugal en la rutina de los servicios de salud reproductiva. Las consecuencias no son incidentes aislados; más bien los hechos son repetitivos y con episodios cada vez más graves e incluso letales para muchas mujeres.
12. Investigaciones en Centroamérica plantean que de 3 a 5 de cada 10 mujeres, han sufrido alguna forma de violencia en su vida y los riesgos son diferentes para unas y otras.
13. Las evidencias corroboran que la violencia intrafamiliar se encuentra en las diferentes fases de la vida de las mujeres y son palpables las consecuencias en su salud, entre las que podemos mencionar: (Mis, 1995)
 - a. Prenatal Una de cada cinco mujeres embarazadas en Estados Unidos y Noruega son maltratadas físicamente, y la mujer víctima de violencia tiene más riesgo de dar a luz un niño o niña con bajo peso al nacer (*Saltzman LE, 1990; Helton, AMCF Arlene et al., 1987*).
 - b. Infancia Los niños y niñas que viven con familias donde existe violencia, pueden ser víctimas de traumas (victimización secundaria) (*American Psychological Association, 1997*).

- c. Adolescencia : En algunas culturas todavía hay matrimonios arreglados o forzados, comercio sexual por razones económicas... y el abuso sexual en la mujer es más común cuando más joven sea ésta.
- d. Edad Reproductiva : El abuso de la mujer por su pareja se incrementa en las de 15 a 44 años. Las causas de muerte por violencia son más altas en este grupo que por malaria, accidentes de tráfico o por la guerra.
- e. Abuso a las mujeres adultas mayores : Todavía hay poca documentación sobre el abuso a las adultas mayores.

La Doctora Lea Guido, Directora Regional del Programa Mujer, Salud y Desarrollo indica, sobre el tema: " *la detección de la violencia debe estar en la rutina de todos los servicios que atienden a las mujeres en las diferentes fases del ciclo de la vida, ya que existen evidencias de daños en cada una de estas etapas*". Como son, entre otros, las mencionadas en párrafos anteriores.

1.3.1 Las consecuencias de la violencia conyugal en la salud de la mujer

Son varios los efectos de la violencia conyugal en la salud de la mujer. Una de las formas de violencia es el abuso por parte de su pareja. Esta violencia conyugal impacta en los servicios de salud, donde la eficiencia y eficacia de las intervenciones está relacionada con la identificación de múltiples problemas de salud de la mujer.

Existen muestras de que la violencia puede ser un factor generador de malestar, de morbilidad y mortalidad de las mujeres.

En Santiago de Chile, el 73% de las que acuden a urgencia están vinculadas con la agresión de un miembro de su familia. Las lesiones, resultado de la violencia física como quemaduras, fracturas, magullamientos, mordiscos, son frecuentes en las mujeres que sufren violencia por parte de su compañero, esas heridas producen, en algunos casos, lesiones crónicas como son la pérdida de audición, dolores de cabeza o consecuencias de mayor gravedad como:

Abuso sexual en el matrimonio

Este es un tema poco tratado. Investigaciones muestran que el abuso sexual del compañero o marido es parte de la violencia de pareja; a menudo relacionada con otros tipos de maltrato (*Walker, 1984*). Entre el 33 y 46 % de las mujeres víctimas por su compañero, reportan abuso sexual (*Council on Scientific Affairs American Medical Association: Violencia Against Women, 1992*).

Homicidios

Diversos estudios realizados en Canadá, Israel, Brasil, Colombia y Costa Rica, muestran que de las víctimas de homicidios domésticos, las mujeres son más del 90%.

Implicaciones para la salud materna y obstáculos para la planificación familiar

La escalada de violencia en las mujeres de 15 a 44 años tiende a incrementarse durante y después del embarazo. Como se ha planteado, el maltrato en este periodo tiene varias consecuencias además de las lesiones, que pueden ser parto prematuro, bajo peso al nacer la criatura, el impacto psicológico en la madre y en otras personas.

Violencia y planificación familiar

La violencia perpetrada por el compañero les impide a muchas mujeres usar medios de planificación familiar. En muchas ocasiones, la violencia se incrementa cuando la mujer intenta controlar su función reproductiva. Muchas aseveran que ellas no deciden sobre el control de sus nacimientos. (*Asís, 1995*)

Aborto

El aborto causado se encuentra entre la segunda o tercera causa de muerte materna en varios países de Centroamérica. En muchas ocasiones, la mujer recurre a esa práctica a raíz de un abuso sexual o un embarazo no deseado. En los países donde la acción se considera ilegal, existe un enorme "mercado negro del aborto".

A través de mundo, más de 75,000 mujeres mueren víctima de las infecciones (*UNICEF, 1996*). Muchas mujeres acuden a urgencia de los hospitales con abortos

inducidos en situaciones críticas, con infecciones, hemorragias, en devastadoras situaciones físicas y emocionales.

Infecciones de transmisión sexual y VIH :

El respeto a los derechos reproductivos de la mujer, por su compañero íntimo o cónyuge, está relacionado con las relaciones sexuales no deseadas. Para muchas mujeres el producto de una relación no deseada incluye la infección de transmisión sexual y VIH ante las cuales son más vulnerables biológicamente, aunado a las consecuencias sociales que pueden ser dramáticas en razón del orden de género existente. Algunas infecciones de transmisión sexual como sífilis, gonorrea, clamidias y virus de papiloma humano, herpes genital, pueden generar úlceras o infecciones que afectan los órganos genitales y reproductivos de la mujer y acrecientan el riesgo de VIH.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

El estudio Condiciones y Efectos en los y las Profesionales que Atienden Población Sobreviviente de Violencia Intrafamiliar, tiene un diseño de tipo exploratorio-descriptivo.

2.1.1 *Objetivos del Estudio:*

1. Caracterizar a las/los profesionales que atienden a personas afectadas por la violencia intrafamiliar.
2. Conocer el nivel de preparación de las/los profesionales que atienden a personas afectadas por la violencia intrafamiliar.
3. Conocer las motivaciones para el trabajo de las/os que atienden a personas afectadas por violencia intrafamiliar.
4. Detectar las condiciones psicosociales existentes en las/os profesionales que atienden población afectada por violencia intrafamiliar.
5. Conocer las necesidades de capacitación y condiciones de trabajo de las/os que atienden violencia intrafamiliar.
6. Identificar las modalidades de intervención de las/os profesionales que atienden violencia intrafamiliar.

2.1.2 *Las Técnicas Utilizadas*

Para recopilar la información se utilizó un cuestionario de 32 preguntas; fue estructurado con preguntas abiertas y cerradas.

El instrumento fue validado a partir de una prueba piloto aplicada a 25 personas.

2.1.3 *La Cobertura Poblacional*

Fue determinada con una muestra no probabilística que incluyó un total de 156 personas provenientes y/o trabajadoras en el sector privado y público. De ellas 129 son del sexo femenino, 24 del masculino y 3 no respondieron.

A. En cuanto al sector público se indagó a funcionarios/as de las siguientes instituciones.

1. Sector Salud Pública

- a. Policlínica de la Caja de Seguro Social (Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería de la Salud Mental - Programa de Salud Mental).
- b. Hospital del Niño: (Medicina de Urgencia, Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría.)
- c. Hospital Santo Tomás: (Programa de Salud Mental, Médico de Urgencia.)
- d. Centros de Salud del Ministerio de Salud.

2. Sector Familia

- a. Ministerio de Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia

3. Sector Administrativo de Justicia

- a. Municipio de Panamá: Juntas Comunales
- b. Medicina Legal: Psicología, Psiquiatría, Médico Forense
- c. Juzgado de Menores
- d. Trabajo Social de la Policía
- e. Fiscalía de Familia
- f. Centro de Denuncia de la Policía Técnica Judicial, PTJ

B. Del sector privado se indagaron los siguientes servicios.

1. Sector Salud Privado

1. Clínica de Conducta Royal Center
2. Clínica de Transiciones
3. Centro de Vida Familiar
4. Clínica Alameda, Doctor Mon.
5. Clínica Carme Carrasquilla

6. Hospital San Fernando
7. Centro de la Vida Familiar (Curia Metropolitana)

C. Organizaciones No Gubernamentales de Atención

1. Centro Pastoral de Mujeres Contra el Maltrato, CEPAM
2. Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada, CAMM
3. Centro de Desarrollo de la Mujer, CEDEM
4. Fundación para la Promoción de la Mujer, FUNDAMUJER.
5. Nueva Identidad, Organización de Mujeres
6. Centro de la Mujer Panameña, CEPM

D. Universidades

1. Universidad Santa María la Antigua, USMA

El total de las personas que completaron el cuestionario fue de 156, provenientes de las provincias de Panamá, Colón, Coclé, Veraguas y Chiriquí. Las áreas profesionales fueron: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Enfermería Especializada en Salud Mental, Pediatría, Medicina General.

2.1.4 Diseño Estadístico

Se utilizó como diseño estadístico la distribución de frecuencias simples, la cual permite que los resultados sean presentados en gráficas de barra. El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo con el apoyo del programa "software", estadística "package", "scienci" (spasswin).

2.1.5 Limitaciones

Entre las limitaciones encontradas en el desarrollo del estudio, podemos citar:

- Limitada anuencia por completar el cuestionario de parte de los/as profesionales.
- Limitada bibliografía respecto al tema.

CAPÍTULO 3

MODELOS TEÓRICOS EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR:

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA TERAPIA

3.1 MODELOS TEÓRICOS EN LA ATENCIÓN INDIVIDUAL Y FAMILIAR: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA TERAPIA

3.1.1 *Lo Masculino y lo Femenino*

El aporte científico al conocimiento es dinámico. Los paradigmas aceptados o válidos en una determinada época son refutados o reformados en otro periodo histórico. Las ciencias sociales, no han generado grandes avances a través del tiempo, específicamente en lo referente a la conducta, ello porque el objeto y sujeto del conocimiento es el ser humano y la sociedad cuyas acciones y reacciones dependen no sólo de los aspectos biológicos (hereditarios) sino del medio social y del momento en que se presente un determinado evento.

Aunque las teorías que apoyan el conocimiento del ser humano y de la sociedad no han llegado a ser leyes, en razón de lo expresado anteriormente, el aporte histórico de los distintos estudios han permitido interpretar rasgos comunes, comportamientos similares entre grupos sociales.

En nuestro medio, las corrientes del pensamiento mayormente utilizadas para interpretar la realidad social y la individualización de lo masculino y lo femenino han sido, entre otras la corriente freudiana. En efecto, el psicoanálisis ha permeado, de manera importante, los modelos de intervención profesional para la atención personal y familiar.

3.1.2 *La Familia Nuclear como fuente de la visión de la relación hombres - mujeres*

Talcott Parson es uno de los más fuertes defensores del "*Modelo de Familia Nuclear*", como lo ideal; compuesta por esposo, esposa e hijos/as. Esta concepción, según Parson, admite que el padre es el jefe del hogar, la madre y los/as hijos/as son dependientes de él. Al sistema económico le conviene este tipo de modelo, porque cuando se requiere de movilidad familiar por presiones externas de tipo económico, el

jefe puede trasladarse con su grupo, ya que la esposa se mantendrá - en ese nuevo sitio - cuidando a la prole y atendiendo el hogar.

Esta tesis fue fundamentada con la llamada " Teoría de los Roles ". En efecto, el enfoque del tipo de familia nuclear como la llamada a ser el modelo por imitar se justificó con la Teoría de los Roles. Talcott Parson explicó que los patrones de roles de género o diferencias sexuales se presentaban por las diferentes funciones procreativas de los cónyuges. Significaba que a los hombres les fueron signados los instrumentales, entre los que se encontraba el más importante que era el trabajo. Por este motivo, él se convertía en el líder de la familia y/o el jefe proveedor. En el caso de la mujer, su rol reproductor, la ubicaba en un papel exclusivo de criar, educar a los/as hijos/as y proteger al marido.

Parson indicaba, además, que dicha estructura, tal como se concebía no era transformable:

Podemos afirmar que el papel de las mujeres adultas no ha dejado de girar sobre los asuntos internos de la familia, como esposa, madre y administradora de la casa, mientras que el papel del hombre adulto se cumple sobre todo en el mundo ocupacional, en su empleo y a través de él por sus funciones generadoras de población y de ingreso para la familia. Aun si las mujeres casadas tuvieron empleo, parece improbable que se borrara por completo la diferenciación cualitativa. (Arango, Luz; León, Magdalena y Viveros, Marta, 1994.)

La internalización de los roles familiares y sociales asignados al hombre y a la mujer, se apoyan decididamente en el psicoanálisis. Esto produce la masculinidad y la feminidad, mediante diferentes patrones de resolución de la crisis de Edipo. Los roles sexuales son parte de la constitución de la persona, a través de dinámicas emocionales de desarrollo de la familia nuclear.

El esquema ideal de familia es el norteamericano, blanco, urbano y de clase media de mitad de siglo. Este esquema ha sido trasladado a la formación profesional de especialistas de la conducta y estudiosos de la dinámica familiar en toda la América

a partir de los marcos teóricos que fluyen de la Teoría Funcionalista, el Psicoanálisis y la Teoría de Roles. En consecuencia, la formación de Trabajo Social está influida por este marco referencial teórico y en la concepción de familia subyace el modelo ideal, a pesar de que no se adecua a toda la realidad, como veremos más adelante y, por ello, trae aparejada implicaciones en el abordaje con sus consecuencias en la aplicación de modelos de intervención y tratamiento a familias y a parejas.

Una clara ilustración respecto al planteamiento arriba descrito, lo representan los objetivos, referencias teóricas del programa sobre la familia en la formación de trabajadores/as sociales y otras profesiones afines. En efecto, la tendencia en el análisis de la cuestión familiar refleja un peso importante de la teoría de roles, funcionalismo y psicoanálisis. Autores como Talcott Parson y otros, con concepciones semejantes, influyen en el análisis del tema Familia en el Trabajo Social. Por supuesto, ello debe su antecedente a las referencias teóricas e históricas de la profesión, que no abordaremos en este documento porque no es el objetivo.

En conjunto, se puede concluir que con algunos ajustes, es el modelo funcionalista el que permea el abordaje de la familia; por ello se dificulta el debate de una propuesta distinta como la que plantea el enfoque de Género. Ciertas variantes incorporadas a la formación sobre familia, como plantear el concepto, a partir de un reconocimiento plural de las familias y -de manera muy reciente- el reconocimiento de la violencia intrafamiliar como un problema de interés en la discusión del tema, siguen siendo tratados con cautela y tímidamente; porque éstos se debaten a partir de las relaciones de poder, el desequilibrio en la toma de decisiones de la pareja y la discriminación de género que subyace en la sociedad.

3.1.3 Las Familias: Nuevas Concepciones

Internacionalmente, la tendencia en el Derecho de Familia es la de reconocer nuevas funciones para hombres y mujeres. Es así como se reformulan códigos a la luz de concepciones modernas sobre los roles productores y reproductores de la mujer.

En este sentido, se identifican derechos humanos en la familia y se reconocen las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres. Las reformulaciones de orden jurídico se dirigen al logro de un equilibrio en el poder que históricamente fue asignado al hombre, tanto en lo legal formal como en la cotidianidad familiar y social. Del mismo modo, las legislaciones ofrecen nuevos conceptos de familias, ampliando los parámetros de organización.

En ese marco de nuevas concepciones, las Naciones Unidas publicó en 1991, Año Internacional de la Familia, *Las Tendencias Modernas de Organización Familiar a Nivel Mundial*. Se identifican los siguientes modelos de organización familiar

- La Familia Nuclear (dos generaciones - padres e hijos)
- La cohabitación (matrimonio a prueba)
- Familias uniparentales (un solo pariente por divorcio, separación abandono)
- Familias polígamas (hombre con varias mujeres y viceversa)
- Familias compensadas (abuelas/os, tías/os, hijas/os, padre, madre)
- Familias reorganizadas (nuevos matrimonios o relaciones)
- Familia Migrante (étnico, cultural socioeconómico)

Estas distintas formas de organización que tienen las familias exigen nuevas tendencias de reconocimiento y ejercicio de deberes y derechos sociales.

3.1.4 Proyecciones de las Familias: Nuevos Retos

Hay, por lo menos, tres aspectos que proyectan nuevas perspectivas de las familias hacia el futuro, lo cual requiere de una adecuación del papel actual en la sociedad y las funciones sociales y económicas de sus miembros/as o integrantes:

- Organización del Grupo Familiar:

La aceptación y/o reconocimiento por grandes mayorías de que el modelo nuclear de familia ya no es el único y que en realidad ella se conforma en diversas organizaciones grupales. Esta aceptación permite analizar a las familias con una visión realista (no prototipo) libre de etiquetas de "normales", "completas", "integradas", otros. Significa que más que

pretender aproximaciones a un modelo ideal a partir de la presencia o no de alguno/as de sus miembros/as, nos detenemos en la función cualitativa del grupo. Esto es, que el enfoque de la integridad familiar se referirá a la calidad afectiva, a la posibilidad de acceso a recursos para lograr un bienestar social, y a los lazos de solidaridad y apoyo del grupo humano que la conforma.

- Familias y Medios de Comunicación

En nuestro país es evidente la influencia que ejercen los medios, en una población de menos de 3 millones de habitantes existen más de cinco (5) canales de televisión; más de cien (100) radio emisoras y aproximadamente siete (7) periódicos de circulación diaria. Además, por razones geográficas, históricas, sociales y culturales, Panamá es un país tránsito por donde pasa la tecnología. Del mismo modo, la economía de servicios facilita la adquisición de aparatos electrónicos a bajo costo y otros bienes. Ello coloca a las familias en dificultades, pero también en ventajas siempre y cuando se conviertan a los medios, por lo menos parcialmente, en verdaderos vehículos de educación y liberación humana. Si bien es cierto que en ellos existe una fuerza de influencia ideológica para generar una visión social en los/as miembros/as de las familias y la sociedad, en general; también es verdad que tenemos que crear mecanismos alternativos que permitan ver las programaciones con una óptica crítica, además de trabajar para influir en los cambios que permitan que las nuevas generaciones los usen ventajosamente ^Para su desarrollo y no para la mecanización del ser humano.

Nuevo Rol de la Mujer en la Sociedad

Estos comentarios nos permiten examinar el último hecho que influye y continuará determinando diversas funciones de los/as integrantes de las familias y el rol que jugarán en el futuro. Nos referimos a los movimiento, políticos, sociales y culturales de reivindicación de los derechos de la mujer. Ya es aceptado por diversos espacios que analizan las transformaciones que se llevan a cabo en el mundo, que las propuestas de las mujeres, buscando una relación de equidad, están invariablemente contribuyendo en la dinámica familiar, por lo que mujeres y

hombres se verán en la necesidad de hacer una nueva lectura de los estilos de relaciones de pareja y la crianza de los/as hijos/as.

Es decir, el ámbito social y económico tratado con la perspectiva de género, obligará a ambos sexos a asumir nuevas funciones, por supuesto que el resto del grupo familiar también será afectado con tales cambios. La educación de los/as hijos/as será compartida, así como los gastos económicos; el derecho a igual salario para hombres y mujeres apoyará a toda la familia en la medida en que sus integrantes se responsabilicen, de manera justa y equilibrada por el peso que representa dinamizar al micromundo social.

3.1.5 La familia en crisis o crisis del modelo de la familia

Varios análisis respecto a la población en Panamá, advierten que uno de los más grandes problemas que afronta nuestra sociedad es la desigual distribución del ingreso que se concentra favoreciendo a grupos pequeños de población. Esta disparidad afecta a las familias, porque se coloca a un gran número de personas en un nivel de pobreza y a otro en la indigencia. En efecto, las familias pobres en Panamá, que representan más de la mitad de la población, reciben apenas un 19.8% del total del ingreso.

Debido a esta situación de desventaja familiar por la obtención de bajos ingresos, se afectan con mayor intensidad las mujeres. En 1993, el 19.7% de la población femenina económicamente activa estaba desempleada, en tanto que el desempleo masculino era de 9.3%.

Respecto a las jefaturas de los hogares, se observa que un 70% son sostenidos económicamente por hombres y un 30% por mujeres. La intensidad de la pobreza según el sexo, refleja que el 45% de los hogares pobres tienen "jefaturas" masculina y están en extrema pobreza, en tanto, un 58% de los hogares en la misma condición poseen "jefatura" femenina.

Al referimos al conjunto de problemas que limitan el sano desarrollo de las familias podemos citar:

- Un 29% de los partos registrados corresponden a adolescentes entre 10 y 19 años.
- Un 60% de los/as adolescentes entre los 12 y 14 años de edad han consumido alcohol, un 4% sedantes y otro porcentaje igual, inhalantes.
- Las mujeres indígenas presentan una tasa de analfabetismo de 53.2% de la población total, incluso mayor que la tasa de analfabetismo de hombres indígenas que es de 35.9%.
- Las migraciones *interprovinciales* señalan que el 51% de la población migrante son mujeres entre los 15 y 24 años de edad. Ellas se insertan en un mercado laboral con bajos ingresos, cuando no en el sector informal de la economía.

Como se observa, en el análisis de los problemas de la familia y sus grupos humanos integrantes, la situación de las mujeres es desventajosa. Esto plantea, más que una crisis en la familia en su conjunto, un hecho que afecta a la mujer mayormente debido a un desfavorable sistema estructural en razón de género.

Avanzar en la intervención de revertir esta situación de las familias, pasa por el reconocimiento de la subordinación y discriminación de la mujer en la sociedad. Si bien es cierto que hay pobreza en las familias, en razón de los bajos ingresos, la discriminación social y cultural que afecta a la mujer, la ubica en la escala de mayor pobreza debido al significativo desempleo.

3.1.6 Las Familias desde la visión de Género: la construcción de la identidad

Las teorías sociales que imperan en Occidente no han podido discutir y señalar las desigualdades entre hombres y mujeres. Contrariamente, han justificado esta realidad a partir de explicaciones sociológicas y biológicas. A esta dicotomía, se opone el sistema sexo-género que cuestiona los paradigmas hasta ahora aceptados para explicar la relación de pareja, familia y sociedad.

El concepto de género surge en la búsqueda de explicaciones de la subordinación de las mujeres frente a los hombres. Rubin define el sistema sexo-género como: "*El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en producto de la actividad humana, y en el que se satisfacen esas necesidades transformada*".

Esta concepción analiza tanto el concepto sexo biológico como el género social.

Es decir, plantea la relación entre ambos. No obstante, trasciende en el análisis de la explicación sexo-biológico, entendiendo que ambas son categorías de análisis socialmente construidas.

La Teoría Sexo-Género o Sistema Sexo-Género representa una práctica contraria al determinismo biológico, ya que género significa estudiar a profundidad las formas de organización y funcionamiento de las sociedades, la historia, y analizar las relaciones sociales. Es historia porque se desarrolla en diferentes referencias macro y micro sociales: el Estado, el mercado de trabajo, la escuela, los medios de comunicación, la familia. Esto es, las distintas esferas que conforman la sociedad.

El sistema sexo - género observa a la teoría funcionalista como un aporte inconcluso en la medida en que sus planteamientos de la familia nuclear y de las relaciones hombre - mujer, observó las diferencias, pero no profundizó en ellas como formas que la sociedad avaló para legitimizar las desigualdades. La Teoría de Roles, por ejemplo, justificó el papel subordinado de la mujer. Su preocupación se centró en explicar como se aprenden, se adquieren e internalizan estos perfiles que son interpretados como funciones dadas por la naturaleza de ser mujer. Esta teoría de la socialización ve a la sociedad en un sentido homogéneo, interpretando que hay un consenso generalizado sobre lo que se espera que la pareja y la familia hagan.

Cuando se presentan tensiones y/o conflictos entre los roles sexuales, ellos se debe a la relación que tiene la subsistencia familiar con los otros subsistemas, por ejemplo, la economía. Estas alteraciones son reconocidas como desviaciones a las normas y

catalogadas entonces como disfunciones sociales. Es decir, todos los problemas que puedan derivar del no cumplimiento de la norma "aceptada" por la sociedad es focalizada como disfunción. En el ámbito de la familia, se interpreta en consecuencia, que los hogares monoparentales - la mujer " jefa de la familia" - los divorcios, y otros, son fenómenos adscritos a una familia que se desintegra.

El análisis de género concibe que la regulación de la sexualidad, la construcción social, la reproducción de los géneros, la división sexual del trabajo, se articula inicialmente en la familia; allí, se inicia el proceso de aprender para reproducir. Ella es el punto focal del análisis social. Existe una heterogeneidad basada en aspectos de género, de clase y etnia y otras variables que producen distintas perspectivas de la identidad personal, familiar y societal.

Esta manera imperativa de la diversidad de arreglos familiares que se visualiza desde y previo al aporte de la teoría de género, facilita la comprensión de la estructura de poder existente no sólo en las familias, sino en todo el sistema social. Además abre la visión de nuevas concepciones, transformaciones, en fin, la dinámica cambiante del ser humano y el desequilibrio o la inequidad en las relaciones hombre y mujer.

De hecho, la visión de género se adecua a un análisis de la realidad, por tanto, no idealiza a las familias; también entiende que la diversidad humana con lleva multiplicidad de familias con referentes distintos a partir de fenómenos ideológicos e históricos. Concluye, aceptando que las diferencias individuales son estructurales, por tanto, no sólo a través de mecanismos aislados personales se pueden obtener cambios. Por ello, la visión de género ve a la familia como un aspecto público y político, ejemplo de ello es la denuncia de la violencia intrafamiliar como un problema social.

El análisis más cercano a la realidad desde la visión de género y desde una concepción más amplia y crítica del problema, ha contribuido a que estudiosos de la sociedad y de la familia se planteen diversos tipos de familias. En este sentido, en el año 1994 , "*Año Internacional de la Familia*", el sistema de las Naciones Unidas aportó al debate interpretación más apegada a la realidad sobre la diversidad de organizaciones

familiares, identificando y reconociendo además del modelo nuclear, otros que permiten comprender que no se trata de hogares incompletos o desintegrados en los casos en que no se presente el modelo nuclear, sino que existe, y de hecho es así, distintas formas de organización familiar.

3.1.6.1 *La Identidad Femenina y Masculina y las Familias: una mirada desde la visión de género.*

Al analizar el vínculo entre el cuerpo e identidad, nos encontramos con que la discriminación, al tratar a las personas dependiendo de su sexo, niega procesos identificatorios básicos del sujeto; porque ello hace desconocer cómo se establece culturalmente y socialmente la identidad de género y cómo se estructura psíquicamente la identidad sexual. (*Arango, Luz. 1994*)

Para los/as estudiosos/as de la sociedad y de la conducta humana, es importante observar la relación entre sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El desarrollo psico-cultural hace posible procesos que convertirán en hombres y mujeres a los seres humanos. Ellos/as forman familias organizadas de distintas maneras.

Una revisión del papel productor y reproductor del sexo femenino en la familia y en la sociedad facilitará una nueva interpretación del papel de la relación entre hombres y mujeres, de familias y de la sociedad en su conjunto. Entender que, a partir del cuerpo de la mujer (biológico), se construye su papel social y, en el caso del hombre lo mismo, es dirigirse hacia una reformulación de la pareja y la familia.

La identidad de la mujer y del hombre, que se inicia con la construcción de ideas, valores y creencias, advierte sobre el reconocimiento de un orden social más justo donde la diferencia física no se traduzca en desigualdad.

La identidad femenina construida a través de códigos y/o símbolos sociales y culturales "propios" de su sexo, es decir, lo que se espera que deben ser las mujeres y lo que deben ser los hombres, ha concluido con la desigualdad de ambos. Se habla de una

baja autoestima de la mujer por una identidad que la promueve, la justifica y la ubica en un lugar inferior; de bajo valor social. La familia está conformada para que la mujer se dedique a ella y los demás dependen de ella. En el orden psicosocial, nuestra conciencia está preparada para aceptar el discurso social, internalizarlo y reproducirlo.

La visión de género permite conceptualizar la sexualidad femenina y masculina como una elaboración psíquica y cultural que ha generado discriminación, subordinación, estigmatización y resistencia de las mujeres respecto a los hombres. Es ese esquema, además el que define a las familias. Por ello, el debate sobre la cuestión familiar, los conflictos y demás dificultades de la pareja debe reconocer esta dimensión de género.

Se concluye con la necesidad de reformar y revisar el marco teórico y conceptual que aún permea el trabajo dirigido a la mujer y la familia por medio de terapias que refuerzan la discriminación contra ella, culpabilizándola; facilitando que las mujeres internalicen un papel de sumisión y entrega a otros; anulando su identificación como persona. Se trata de una nueva lectura de los modelos de intervención en el trabajo profesional de terapias a parejas, mujeres, hombres y familias, a fin de reconstruir y/o construir propuestas de modelos que optimicen el uso justo y equitativo de derechos e igualdad de oportunidades para mujeres y hombres.

3.2 LA ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: EN EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES: LA VISIÓN DE GÉNERO EN LA TERAPIA

3.2.1 Aspectos Psico-Sociales de la Intervención en Casos de Violencia Intrafamiliar

La atención de la violencia intrafamiliar se encuentra en un proceso de ajuste y transformaciones constantes que, sin lugar a dudas, forman parte de la gran tarea del aprendizaje y perfeccionamiento de técnicas e instrumentos que permitan brindar un apoyo óptimo y científico a las/los clientes que demandan la máxima calidad en los servicios de atención. Nuestra propuesta de análisis de situación sobre la calidad de

atención de los/as profesionales, visualiza las necesidades de potenciar los recursos humanos que forman parte significativa del sistema mencionado.

Si bien es cierto, la atención de la violencia intrafamiliar en nuestro país es hoy un requerimiento básico de las garantías de la salud pública nacional, las técnicas y diseños de esta atención carecen, en gran medida, de indicadores de eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios. Temas como la responsabilidad del funcionario/a, los requerimientos mínimos que garanticen contar con las herramientas de conocimiento y actualización constantes y, sobre todo, observancia a los indicadores psico-sociales que inmovilizan y obtaculizan un servicio de calidad, son áreas debilitadas dentro de dichos sistemas.

De lo anterior, se infiere que parece haber quedado de lado la realidad que envuelve a la violencia intrafamiliar y la convierte en un fenómeno sujeto a prejuicios, mitos culturales y proceso complejos de índole psicosocial, de los cuales no se excluyen a las personas que brindan esos cuidados.

Sí tomamos como punto de referencia el modelo ecológico de la violencia sustentado por Bronfenbrenner en 1979, podemos contextualizar el problema de la violencia subliminal en el sistema de atención panameña como un proceso de organización social que la permeabiliza institucionalmente. Es decir, la calidad de la atención humanizada depende, entre otros factores, de las garantías individuales que estén siendo consideradas como procesos de socialización dentro de las estructuras que funcionan como garantes en la prestación de los servicios. Sin lugar a duda, el macrosistema social influye en toda persona, transmitiéndole creencias y valores. Se debe estar muy consciente de que somos producto del sistema para poder generar cambios personales y profesionales y no caer en acciones deshumanizantes en el momento de la atención a las personas afectadas por violencia intrafamiliar.

La propuesta de intervención humanizante va dirigida a visualizar el fenómeno en sus amplias esferas y proporcionar a los equipos de trabajo las fortalezas que necesitarán

para hacer frente a su gran reto de reconstrucción y cambio social. Se trata de fortalecer valores, cambiar estructuras y diseñar alternativas, sin prescindir del mejor termómetro social; la valoración humana.

En la actualidad, uno de los grandes retos para iniciar el servicio con calidad lo constituye la información suministrada de los casos de violencia, y sus implicaciones legales. Si tenemos que identificar este fenómeno a la luz de las inquietudes del/la funcionario/a, resaltaríamos algunos aspectos que tienen alto significado:

- La información no es sostenida por las/os clientes en fases posteriores.
- Evaden las implicaciones legales de proporcionar información adicional a las instancias correspondientes.
- Minimizan los episodios violentos que ameritaron su intervención.
- La presión social y cultural influye en los valores adquiridos de los/as prestatarios/as del servicio lo que determina su crecimiento personal.

Todas y cada una de las implicaciones observadas poseen un fuerte componente del aprendizaje social reforzado por los conocimientos y las experiencias previas del prestatario/a del servicio. Esas personas nos hablan de sus temores, vivencias e interpretaciones al encontrarse frente al fenómeno de la violencia intrafamiliar.

De esa manera, podemos deducir que la responsabilidad que percibe como propia el/la prestatario/a del servicio en violencia intrafamiliar (VIF) no es proporcional o correspondiente a los que requiere un proceso de reconstrucción en esta materia de intervención. Es decir, si realmente buscamos que la responsabilidad profesional y ética del funcionario/a vayan de la mano con sus disposiciones intrínsecas de preservación de la calidad humana requerimos introducir y practicar a niveles óptimos los patrones culturales y psicosociales que lo/la desvinculen de los cuestionamientos que le imposibilitan ofrecer una atención con calidad humana por encima de cualquier prejuicio o implicación social.

Consideramos de significativo valor ampliar las perspectivas de la atención con calidad, deteniéndonos para abordar la temática respecto al trabajo con el capital humano que proporciona la atención a las personas víctimas sobrevivientes de violencia intrafamiliar.

3.2.2. Identificación y Adquisición de Roles Terapéuticos

"El proceso de intervención en casos de violencia intrafamiliar requiere no solamente del conocimiento conceptual para ofrecer este servicio en momentos difíciles sino que también necesita altos niveles de comprensión y disposición por parte del terapeuta que en esos momentos asume un papel de apoyo en un proceso de crecimiento humano", (Claramount, 1992.) Según Claramount, los elementos vitales que debe poseer un terapeuta son los siguientes:

- Un proceso de autorreflexión acerca de las propias creencias y actitudes que justifican, minimizan o toleran la violencia intrafamiliar.
- Se debe contar con la experiencia de trabajo como oportunidad de apoyo en materia de salvaguardar la calidad humana a través de servicios de orientación y asesoramiento profesional.
- El entrenamiento para intervención en situaciones de violencia es, sin lugar a dudas, el elemento de peso sustancial que asegura, provee y moviliza recursos que buscan garantizar la seguridad de las personas a quienes se les brinda el servicio.

Este último, al constituirse en el pilar fundamental para la intervención en casos de violencia intrafamiliar, debe poder considerar aspectos tales como"

1. Las fortalezas individuales y personales El equilibrio emocional del equipo que brindará la atención debe ser el punto central en la dinámica de fortalecimiento: destreza, habilidades, actitudes frente a la violencia, asuntos no resueltos en relación con el tema, temores, fantasías y traumas pasados.

2. El aprendizaje previo del/la terapeuta: En el establecimiento del sistema de relaciones sociales aprendemos violencia. Los estudios sobre esos modelos en nuestras culturas profundizan en la manera subliminal cómo ella se incorpora como un patrón normal de comportamiento, y en la relación de ésta con las percepciones individuales; argumentando que a través de lo que vemos, leemos y jugamos, aprendemos a ser de esa manera. Las canciones, los deportes, la literatura y los juguetes son mejores si existe un componente de control y poder en ellos (*Gabarino, 1992; Keptlewithz, 1991; Miedziam, 1991.*)

La violencia intrafamiliar empezó a ser considerada como problema social grave a comienzos de los años sesenta, con la atención de los casos de niños/as maltratados/as. No se cuenta con una clara distinción conceptual sobre los términos utilizados para definir violencia en la familia y la manera como afecta a la salud mental de todos sus integrantes. Sin embargo, los/as investigadores/as reconocen que ella se transmite entre generaciones a través del aprendizaje. Es decir, que las personas aprendemos la violencia como una forma adecuada para resolver conflictos (*Corsi, 1987.*)

Si esto es así, no se trata de establecer como requisito indispensable que el personal que atiende casos, deba encontrarse sin contaminación para ejercer con objetividad su labor; sino, que el servicio de apoyo terapéutico debe estar neutralizado de manera que le permita potenciar y visualizar desde afuera el problema que vive su cliente/a.

Entre los elementos que nos permiten identificar esta neutralización citamos:

- La capacidad del/la terapeuta de identificar emociones experimentadas por sus clientes.

- Clarificar los sentimientos propios que pueden estar generando reminiscencias de episodios traumáticos de su vida personal en el pasado. Se trata de que el/la terapeuta desarrolle la capacidad de desvincular recuerdos de eventos traumáticos que lo/a lleven a asociarlo/a inconscientemente, e infieran en su orientación para con los episodios

de violencia que viven en el presente su cliente. En este proceso se necesita, casi siempre, de la asistencia terapéutica para el/la terapeuta.

- La exclusión de actos violentos como parte de sus actuaciones para mediar conflictos.

3. Disposición y disponibilidad del/la terapeuta : Desde la recepción del caso hasta la finalización del proceso de seguimiento la/el cliente, demanda consistentemente sostenibilidad emocional. Es decir, que quienes proporcionan un servicio de atención por VIF necesariamente deberían contar con un programa energizador preestablecido que le permita asegurar que la disposición y apertura para con sus clientes se encontrarán en balance constante. Se trata de optimizar recursos internos que fortalezcan su papel de orientador/a. Capacidades de comunicación, escucha activa, empatía, liderazgo proactivo, confiabilidad, consistencia, optimismo y espiritualidad, son algunas de las herramientas de trabajo que utilizará la/el terapeuta para garantizar su disponibilidad inmediata para con sus clientes/as.

4. Autocuidado: Se trata de modificar el concepto "ser para lo otros" por el de "ser para nosotros/as". Dar, en efecto, lo que se tiene. Retomar las concepciones filosóficas del conocimiento popular que relaciona la competitividad de las personas con las herramientas individuales que ella posea.

El autocuidado como elemento básico del desempeño eficiente y eficaz del/la terapeuta, es el conjunto de recursos personales y ambientales que utiliza para disminuir y/o eliminar las cargas emocionales y físicas producidas por la sobredosificación de elementos negativos asociados a los conflictos que presentan y que pueden alterar su percepción y su relación con el medio ambiente.

El autocuidado ha sido relegado en muchísimas ocasiones a un segundo plano cuando nos referimos al desempeño profesional por considerarlo de carácter subjetivo que condiciona y limita. Sin embargo, teóricos en el área del existencialismo humano y del análisis de niveles de desarrollo óptimo afirman la necesidad inminente de rescatar los aspectos personales.

Reconocemos que el autocuidado se convierte en uno de los medios altamente necesarios para conservar la objetividad y fortaleza necesarias para realizar este tipo de trabajo:

¿ Cuáles podrían ser los elementos de autocuidado para terapeutas que atienden diariamente casos de violencia intrafamiliar?

Si correlacionamos los requisitos que debe poseer él o ella, con los elementos de utilidad constante que podrían desgastarse en el proceso de la atención, obtendríamos una lista interminable de variables que deben ser reforzadas en la dinámica de desarrollo personal del/la orientador/a.

Analizando estos datos, presentamos las variables que mostraron alcanzar alta significancia como indicadores prácticos que requieren de renovación constante:

- **Comprensión de sí mismo/a:** La evaluación constante y sostenida de los elementos de personalidad y actitudes que guían la visión individual del terapeuta ha mostrado ser un elemento eficaz al momento de identificar y desvincular las vivencias de los/as clientes/as de los requisitos de logro y satisfacción personal del/la orientador/a.
- **Identificación de las motivaciones personales:** En el trabajo de asesoramiento y orientación profesional, la/el terapeuta, se sitúa constantemente ante el manejo de las necesidades de los demás. La clarificación de aspectos tales como metas, motivaciones y necesidades personales deben estar claramente definidas para no ser desvirtuadas por las necesidades de los/as clientes/as y prever que el desgaste energético de las personas que atendemos no nos invada.
- **Identificación de los límites y espacios personales:** Thorne(1987), cita algunos aspectos sobresalientes del establecimiento de límites individuales entre terapeuta-casos-clientes. Nos habla de los límites ante el derecho por una vida privada.
- **Desarrollo de habilidades sociales distantes del entorno de trabajo:** El autocuidado, en este sentido, es claro. Debe existir un espacio personal ajeno a las áreas de desarrollo personal que permita la oxigenación de experiencias positivas y dinámicas que fortalezcan la proactividad individual.

De esta manera, los clubes, asociaciones y grupos de referencia se convierten en facilitadores de este elemento vitalizador.

- Aceptación por su propio ser: Para el/la terapeuta, desde el cuidado del cuerpo hasta la quietud y desarrollo de la mente, se constituyen en un baluarte de su desempeño personal. Hemos estado señalando a lo largo de este documento la urgente necesidad de neutralizar los efectos paralizantes de estar expuestos/as a relatos y vivencias negativas. Los mismos conceptos de la autodestrucción personal en que incurren algunos/as clientes/as, en su afán inconsciente por neutralizar el dolor de sus vivencias; son válidos como para cuidar nuestro cuerpo y nuestra mente.

La autoestima: querer, sobre todo, lo que somos.

- Darle a nuestro cuerpo la oportunidad de un buen funcionamiento.
- La energía del movimiento corporal es un signo de motricidad constante.
- El cuidado de nuestra respiración.
- El saneamiento de los pensamientos.
- La relajación como mediadora del estrés.
- La satisfacción de una vida sexual plena.
- La integración efectiva de las diversas áreas del desarrollo personal (familiar, amistades, experiencias personales).

Conocimiento y contacto con nuestras propias emociones: manejo de los

- sentimientos.

3.2.3 Los Legados Generacionales de Violencia en la figura del/la terapeuta:

Factores que inciden en la decisión del/la terapeuta en atender casos de Violencia Intrafamiliar.

Es común al observar a los/as profesionales que se dedican a la atención de violencia intrafamiliar y que nos preguntemos ¿por qué hacen esto? ¿Será que les gusta meterse en problemas? Hemos encontrado en la obra de James D. Guly *La Vida Personal del Psicoterapeuta*, que existen argumentos que sustentan razonablemente la decisión. Se trata de un proceso natural de autoselección que impulsa a ciertas personas a

especializarse en el área de la psicoterapia; de igual forma ocurre con los/as profesionales que optan por trabajar violencia intrafamiliar cuyas motivaciones personales y profesionales van más allá de la búsqueda del disfrute de los beneficios de la profesión " per se ". Es decir, internamente en el individuo se da un proceso de motivación conscientes e inconscientes que puede llevarle al éxito profesional y a la satisfacción personal o al fracaso saboteando los intentos por llegar a ellos.

En el proceso de selección operan dos tipos de motivaciones: funcionales y disfuncionales.

Motivaciones Disfuncionales

- **Curiosidades y carácter inquisitivo:** Se denota el interés natural por conocer la conducta de los individuos y que impulsa a descubrir el funcionamiento de la vida de la humanidad.
- **Perturbación emocional:** Algunas investigaciones sugieren que hay casos de terapeutas que deciden esta profesión en la búsqueda de autocomprensión más profunda, y que ven en la psicoterapia el camino para la resolución de sus problemas emocionales a través del acompañamiento de los demás.
- **Enfrentamiento indirecto:** Muchos/as investigadores/as han planteado que los/as terapeutas eligen esta profesión en un intento por salir o superar una soledad muy profunda y un grave aislamiento social.
- **Deseo de poder:** Ejercer la psicoterapia brinda la oportunidad de experimentar sentimientos de poder. Sin embargo, la experiencia del poder por sí misma no es disfuncional, sino el utilizarlo, para vencer sus temores y su impotencia controlando la de los/as pacientes para sentirse reconocida/o.
- **Necesidad de amor:** Muchas veces la influencia del aislamiento y la soledad de la vida del/la terapeuta es determinante para elegir esta profesión, pero lo es

también el deseo de ser amado/a brindar amor, lo que puede conseguir a través de la práctica.

- **Rebelión indirecta:** Algunos/as terapeutas han encontrado en la práctica profesional la posibilidad de expresar su sentimiento de rebelión contra la autoridad y los dictámenes de la sociedad a través de sus pacientes, cuyo propósito encubierto es resolver sus conflictos.

Motivaciones Funcionales :

Podemos agregar que en la selección de este tipo de responsabilidad, la familia de origen y las experiencias adquiridas, marcan en forma determinante, la vida de este/a profesional: experiencias emocionales, características del padre y la madre y las relaciones familiares.

CAPÍTULO 4

EL ROL PROTAGÓNICO DE LAS ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN EL ABORDAJE DEL FENÓMENO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

4.1 EL ROL DE LAS ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES EN LA ATENCIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN PANAMÁ

El problema de la violencia intrafamiliar es un asunto histórico que ha afectado mayormente a las mujeres. La percepción del fenómeno se constituyó en un reto para ellas, quienes se han interesado por visibilizar la magnitud del problema a través del movimiento de mujeres a nivel mundial. A partir de 1975, este movimiento se institucionaliza y logra, como resultado de la Primera Conferencia Mundial de la Mujer, comprometer a los gobiernos a crear las condiciones para que se atiendan con prontitud y prioridad las demandas y necesidades específicas. Se crean instancias gubernamentales para atender dichas peticiones; y como consecuencia, nace el interés de los organismos de cooperación de canalizar fondos para operacionalizar un conjunto de proyectos a través de la sociedad civil.

Durante este período, el tema de la violencia se circunscribía al aspecto doméstico, contextuando el problema a los límites familiares y, por lo tanto, impidiendo su abordaje por ser concebido como un problema privado. Para 1979, y con la mediación de la Asamblea General de las Naciones Unidas, ONU, se amplía esta concepción y se extiende al ámbito social, afirmando y, por consiguiente, con la aprobación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), que el fenómeno de violencia intrafamiliar es un obstáculo a la equidad y una ofensa intolerable a la dignidad humana. Esta propuesta se ratifica y se profundiza en 1989 y en 1995 son las Conferencias de Nairobi y Beijing, respectivamente, que establecen:

La violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones históricas de poder entre hombres y mujeres, las cuales han llevado a la dominación de las mujeres por los hombres y han impedido el pleno avance de las mujeres.

Es importante señalar que, si bien es cierto que, los Estados ratifican los convenios ya mencionados, la concreción es producto de la gestión de las organizaciones no gubernamentales y el movimiento de mujeres, las cuales se han constituido en espacios donde las mujeres canalizan sus luchas, aspiraciones en beneficio de la no discriminación y donde se aboga por sus derechos.

4.1.1 Rol de las Organizaciones No Gubernamentales

En Panamá, existe un número determinado de ONGs que han venido realizando desde diferentes caminos y en forma significativa un conjunto de programas, proyectos que abordan en forma integral el problema de la violencia y para el caso que nos ocupa, el de la violencia intrafamiliar.

El papel protagónico que han tenido las ONGs, sobre todo aquellas liderizadas por mujeres en Panamá, en el abordaje del fenómeno de violencia intrafamiliar ha sido de gran relevancia. Las ONGs logran:

- Fomentar espacios de reflexión para que las mujeres reconocieran, descubrieran la existencia de una condición de desigualdad de oportunidades vinculadas al sexo de la persona.
- **Comprender que en esta concepción subyace y a la vez se sustenta ideológicamente la relación de mujeres y hombres.**
- Que esta condición de desigualdad es a todas luces discriminatoria contra las mujeres, indicándola en situación de desventaja, atentando contra todos sus derechos.
- Que la vía o la fuente para mantener la dominación y sumisión entre los miembros/as de la familia y legitimar la desigualdad, se hace mediante la violencia pero es también el poder quien legitima a su vez la violencia. Que la violencia no es un fenómeno natural, sino aprendido y responde obviamente a un proceso de aprendizaje.

- Tomar conciencia que sólo a través de la organización de las mujeres se podía incidir significativamente en la sociedad y en todas las instancias a fin de generar acciones que promuevan la igualdad de oportunidades y se logre un mundo con equidad.
- Promover investigaciones en relación a la violencia intrafamiliar con la finalidad de destacar la existencia y dimensión del problema como también que sirviese de base para hacer de la violencia intrafamiliar un problema de Estado y que fuese debatido y asumido en forma adecuada por las constituciones correspondientes.
- Consolidar esfuerzos en espacios donde conversen organizaciones que tienen una voluntad de abordar los problemas que afectan a las mujeres, especialmente la violencia intrafamiliar, iniciativa que amerita reconocerse como muy oportuna. Surge así la *Red Nacional Contra la Violencia*, que como espacio permanente de concertación y consenso ha permitido el consolidado de fortalezas a partir de lo que cada organización no gubernamental, gubernamental y persona de forma individual, puede y es capaz de aportar al desarrollo de proyectos en forma sistemática y organizada, con miras a enfrentar el problema de violencia intrafamiliar.

Entre las actividades realizadas por la Red tenemos:

- Desarrollar el Pre-Encuentro Nacional.

Autoformación para grupos, organizaciones y personas miembros.

Encuentro Nacional de la Red.

Celebración del Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer.

25 de noviembre.

Asamblea Nacional de la Red Contra la Violencia.

Apoyo a la elaboración de propuestas jurídicas, a estudios sobre el tema, y a la creación de servicios de atención.

Respaldo a las acciones de denuncia en casos de Violencia Intrafamiliar.

Respaldo para censurar la Violencia Social e Intrafamiliar a nivel nacional e internacional.

Publicación de documentos, investigaciones y material para acompañar actividades de capacitación en las comunidades.

- Publicación del Boletín *Sin Violencia*.

Las entidades gubernamentales - muchas de ellas que forman parte de la Red-, realizan proyectos similares, complementarios que en su conjunto apuntan a la diversidad e integridad de área geográficas como de contenido de investigación y prevención.

En Panamá contamos con organizaciones no gubernamentales que atienden el problema de la mujer maltratadas en forma integral (bio-sicosocial) combinando con otros servicios, ya sea que los ofrezca el mismo Centro o con otros eminentemente asistenciales y de apoyo especializado. Los servicios que brindan van desde la atención de la denuncia del maltrato de parte de la misma víctima o a través de un/a profesional o persona particular que la refiere u orienta. Significa que existen ONGs que han enfocado su misión o parte de ella a la atención directa a las personas, y en el caso específico, a las mujeres víctimas, sobrevivientes de la violencia Intrafamiliar. Entre otras, se pueden mencionar CEDEM Centro de Desarrollo de la Mujer; CAMM Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada; ; CEPAM Centro Pastoral de Apoyo a las Mujeres contra el Maltrato; FUNDAMUJER Fundación para la Promoción de la Mujer. Ellas canalizan sus esfuerzos a la investigación, capacitación, publicación, campañas denuncias, consultorías jurídica (se anexa listado de ONGs).

Es importante destacar que, en esta voluntad de afrontar el problema de la violencia y con miras a optimizar los recursos, fortalezas y poder con *tr*arrestar las debilidades de cada una de las ONGs involucradas y al mismo tiempo, lograr más poder para incidir en la toma de decisión y en las políticas públicas, se planteó la estrategia de redes y espacios consensuados como el *Foro Mujer y Desarrollo (1992)*; *CODIM* Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo Integral de la Mujer, *La Red Nacional Contra la Violencia* entre otras. También, se propuso y concretó la vinculación a otras ONGs espacios internacionales tales como *la Red Latinoamericana Contra la Violencia Sexual y Doméstica* y otros que han fortalecido e incidido también en los esfuerzos nacionales.

El trabajo de las ONGs, además del reto de enfrentar el fenómeno desde su misión y su visión, también deben comprometerse a asumir sus responsabilidades con recursos económicos limitados, pero conformadas por recursos humanos capacitados (sobre todo mujeres) que creen y tienen una disponibilidad de seguir trabajando solidariamente por ellas mismas y por el resto de mujeres del país y del mundo, tanto de la generación actual como de las futuras.

4.1.2 Papel de las Organizaciones Gubernamentales

Por muchos años, las secuelas de la violencia intrafamiliar fueron diagnosticadas como patologías primarias. Hoy sabemos que entre las consecuencias, podemos citar:

- Muerte de la mujer por homicidio o suicidio
- Muerte del hombre por homicidio o suicidio
- Parricidio
- Lesiones personales
- Suicidios de los/as menores
- Enfermedades físicas prevenibles
- Aborto provocado
- Embarazo producto de abuso sexual
- Incesto
- Maltrato infantil (quemaduras, golpes, otros.)
- Abuso de sustancias psicoactivas
- Fracasos escolares
- Delincuencia juvenil
- Depresión, estrés post traumático, otros trastornos psiquiátricos
- Divorcios
- Enfermedades de transmisión sexual, y otros.

Los resultados demostraron la necesidad de un tratamiento multidisciplinario e intersectorial para la prevención, atención y erradicación de la violencia y que, por ende, tenían que crearse medidas, tanto en la esfera gubernamental como en la civil.

En 1981, Panamá aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de las Naciones Unidas y mediante la Ley 12 del 20 de abril de 1995 se ratifica en la Convención Internacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer en la Convención en la Convención de Belén Do Pará. En la XXXVIII reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, los países miembros, Panamá entre ellos, consideran la violencia como un problema de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y estimaron que el sector salud tenía que contribuir a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas para promover una cultura de paz, de prevención y control.

El reconocimiento entonces, de la violencia como un problema de salud pública es de fundamental importancia; aunque esto no haya sido asumido totalmente y de manera consciente por todos/as los/as profesionales del sector, ni exista unificación de criterio sobre las acciones por seguir, que en ocasiones dejan que sus percepciones y representaciones sociales justifiquen la violencia.

En 1993, el Foro Mujer y Desarrollo, espacio de concertación del movimiento social y político de mujeres panameñas, bajo el auspicio del *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*; UNICEF, a través del Proyecto Mujer y Desarrollo del Plan Maestro de Operaciones con el Gobierno de Panamá 1992-1996 y del Proyecto Subregional Género y Desarrollo UNIFEM-UNICEF, después de reuniones de trabajo presenta el Plan Nacional Mujer y Desarrollo 1994-2000 y propone al Estado, entre otras sugerencias, la eliminación de la violencia en la vida de la mujer.

En septiembre de 1994, el gobierno del Presidente Ernesto Pérez Balladares define como política de Estado: *"luchar contra la violencia en todas sus formas en la República de Panamá"*. El Estado asume un compromiso público del tema, y se ratifican los instrumentos internacionales y comparten los compromisos de la región.

El 6 de diciembre de 1994 se firma un Pacto de Compromiso entre el Gobierno, empleadores las, empleados / as, organizaciones de la sociedad civil y representaciones

internacionales. Posteriormente, con la firma del Convenio de Cooperación con la Unión Europea se permite la ejecución del citado Plan y se generan las condiciones para crear a nivel de las estructuras gubernamentales las Oficinas de la Mujer.

A partir de 1995, cuando en el mes de enero y posteriormente en junio, entra a regir el Código de la Familia y la Ley 27 del 16 de junio de ese año, el Estado se ve precisado a establecer instituciones y mecanismos que permiten el cumplimiento de los ordenamientos que esas leyes señalan. Así, en el sector jurídico legal nacen los Juzgados Seccionales de Menores, Las Fiscalías Especializadas en Asuntos de la Familia y el Menor y los Juzgados de Familia, instituciones que tienen la responsabilidad de la investigación y manejo legal de todas las denuncias sobre maltrato a menores y violencia intrafamiliar. Es importante anotar que las fiscalías especializadas sólo se ubican en la ciudad capital y que para el resto del país la atención está a cargo de las personerías. Las corregidurías eran los lugares donde las personas afectadas asistían en el pasado, pero al ser tipificado como delito la violencia intrafamiliar, dejó de ser competencia directa de aquellas dependencias aunque las corregidurías tienen un primer nivel de injerencia en el asunto.

La Red Nacional Contra la Violencia consultó a la Procuraduría de la Administración acerca del papel de las corregidurías. Como respuesta se aclaró que ellas deben acoger la denuncia, trasladarla y aplicar las medidas pertinentes, tales como la entrega de boletas de protección, fianza de paz y buena conducta, orden de desalojo, entre otras.

El Instituto de Medicina Legal es el encargado de realizar las evaluaciones médicas y psicológicas, su personal ha estado recibiendo capacitaciones sobre Violencia Intrafamiliar y Maltrato a Menores, que por mandato de la Ley 27, tienen que ser llenados desde el sector salud cuando atienden personas afectadas.

En febrero de 1998, se publica el Protocolo de Atención a Personas Afectadas por la Violencia Intrafamiliar, luego de múltiples consultas a nivel sectorial, intersectorial y ONGs que atienden los casos de violencia intrafamiliar, cuyos insumos sirvieron de base

para la elaboración de *Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria* en el Sistema Nacional de Salud; documento que será validado en los diferentes niveles de atención del sector salud.

Este documento, - que adolece de varios defectos - a pesar de que se trató de validar en un Centro de Salud y que nació de consultas intersectoriales y multidisciplinarias, fue oficializado y publicado en la Gaceta Oficial. Existe aún desconocimiento y resistencia a llenar este formulario, en especial por los/as médicos/as y, más aún, desde sus clínicas y hospitales privados.

No obstante, el formulario se está aplicando y el Ministerio de Salud, en conjunto con la Caja de Seguro Social y otras organizaciones que realizan capacitación dirigidas a sus funcionarios/as para permitirles una mejor comprensión del problema y los/as concientice sobre la necesidad e importancia de brindar una atención integral a las víctimas de violencia, considerando los cuatro ejes del Modelo Género Sensitivo que son: Prevención, Promoción de Formas de Convivencia Solidaria, Atención y Rehabilitación, el cual está encaminando hacia una atención multidisciplinaria y multisectorial.

CAPÍTULO 5

CONDICIONES Y EFECTOS EN LOS/AS PROFESIONALES QUE ATIENDEN POBLACIÓN SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

5.1 CONDICIONES Y EFECTOS EN LOS/AS PROFESIONALES QUE ATIENDEN A MUJERES Y POBLACIÓN EN GENERAL AFECTADA POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR.

5.1.1 *Características de los/as Informantes*

Tal como se señaló en los aspectos metodológicos, en el capítulo número dos del informe, se indagó a un total de 156 personas que trabajan en el sector privado y público atendiendo directamente a los/as sobrevivientes de violencia intrafamiliar. De ese total, 129 fueron del sexo femenino y 24 del masculino, tres no respondieron.

De 153 que respondieron, más del 70% tenían algún nivel universitario y/o educación superior completa.

La población se concentra en las edades entre los 38 y 47 años; seguida del grupo entre los 33 a 37 años. El grupo de mayor edad estuvo en el intervalo de 53 a 60 años y más; representando menos del 5%.

En cuanto al estado civil, el 50% de los/as informantes se encontraban casados y el 23% solteros/as. El resto del grupo estaba unido (4%) y divorciado (4%).

En cuanto a las profesionales ejercidas tenemos que un 33% de los/as entrevistados/as eran trabajadores/as sociales, un 13% de psicólogos/as, medicina (8%), pediatría (4%), psicología clínica (2%), psiquiatría, enfermería, derecho, fiscalías, y otras de menor cantidad (terapia familiar, jurídicas.)

Según los lugares de trabajo, el 60% labora en el sector público y cerca del 8% en organizaciones privadas. Una parte no significativa de los/as profesionales lo hacen en ambos sectores.

En lo relativo a la paternidad y la maternidad, de los y las entrevistado/as, el 14% de los hombres y el 63.46% de las mujeres tienen hijos o hijas. El 1% de ellos y el 19% de ellas no son padres o madres de familia.

Finalmente, en cuanto al área residencial de los/as indagados/as, el 44% reside en la ciudad de Panamá, un 23% en el distrito de San Miguelito, 5% en la provincia de Veraguas, un 3% en el distrito de La Chorrera; el resto se distribuye entre la provincia de Chiriquí (David), distrito de Arraiján, provincia de Colón y Alcalde Díaz.

La nacionalidad de los/as informantes es panameña en un 95%, argentina y mexicana en un 2% y el 3% no respondió.

5.1.2 Modelos de Intervención utilizados

Tal como se especificó en el marco referencial, los modelos de tratamiento en la atención de la violencia intrafamiliar contra las mujeres no siempre han sido efectivos, porque el conocimiento producido para la intervención tiene limitaciones interpretativas de lo femenino y lo masculino. En la revisión bibliográfica hay varios enfoques de las ciencias de la conducta y nuevas posturas frente al fenómeno de la relación hombre y mujer.

En efecto, el enfoque de género aporta una nueva mirada a las relaciones de poder en la pareja y en la sociedad y, apunta hacia la revisión de la conducta humana. Se trata de un relativo avance.

Sobre la base de que los/as profesionales que atienden a mujeres sobrevivientes de violencia intrafamiliar pueden o no perpetuar mitos, creencias y valores de tipo sexistas; se indagó sobre el modelo de tratamiento para analizar desde aquella perspectiva la visión de mundo que subyace detrás (marco referencial) de la atención sico-social.

Según los resultados, tenemos que el 41% de la población profesional utiliza el modelo psicológico, un 1% el biológico y el 34% aplica una combinación. Para el 17% de los/as indagadas, la pregunta no aplicaba porque se concluye que eran profesionales de otras ciencias, es decir, abogados/as y/o jueces.

En cuanto al estilo de trabajo en la aplicación del modelo, ya sea a nivel de equipo multidisciplinario, individual o en combinación, obtuvimos que el 34% aplica el modelo de forma individual y el 45% lo realiza de manera combinada.

La atención que se brinda con mayor frecuencia es aquella dirigida a mujeres adultas, seguidas de adolescentes y, finalmente, a niñas. En el caso de hombres, adolescentes y niños el orden es similar.

El tipo de maltrato que más se atiende es, el psicológico con 95%; físico con 84%. El de tipo sexual abarca un 62% seguido por el económico que también abarca un 62%.

Las intervenciones combinadas de tipo individual o grupal alcanzan el 66% de las formas de tratamiento, pero se resaltan las individuales por un 26% frente a la grupal que alcanza un 5%.

5.1.3 Condiciones de Trabajo de la Población que atiende Sobrevivientes por Violencia Intrafamiliar.

Resulta necesario que las personas o profesionales posean no sólo los marcos referenciales teóricos y prácticos adecuados para la atención de sobrevivientes por violencia intrafamiliar; sino que sus condiciones de trabajo les permita tener un ambiente laboral coherente con la naturaleza del servicio terapéutico, es decir calidad en el puesto de trabajo, sobre todo por lo delicado que resulta atender personas afectadas.

La confidencialidad, por ejemplo, exige de espacios físicos acorde con este principio ético profesional y el ambiente de relajación son algunos de estos requisitos. A continuación, se comentan los resultados de las indagaciones en este sentido.

La dedicación de tiempo al trabajo fue en su mayoría de ocho (8) horas diarias; esta interrogante tiene la limitación de que no aclara si el total de horas trabajadas es dedicada

en exclusivo a la atención de violencia intrafamiliar. Hay profesionales, cerca de 31%, que dedican menos de cuatro horas diarias a la atención.

El 25% respondió que las condiciones de trabajo, en general, le producían tensión y el 30% relajación. El resto de las categorías con menor porcentaje son: presión, disconformidad, incomodidad e impotencia. El 7% no respondió a la pregunta.

Los niveles de atención que se cubren en los servicios aparecen concentrados en el siguiente orden:

1. Recepción de casos
2. Orientación
3. Referencia
4. Tratamiento y evaluación

5.1.4 Efectos en la vida de los/as Profesionales que atienden población sobreviviente de Violencia Intrafamiliar.

La atención dirigida a personas afectadas por violencia intrafamiliar requiere de profesionales con perfiles que se resalten la sensibilidad, respecto y capacitación o conocimiento en el manejo de los problemas.

Los/as terapeutas son también seres humanos con limitaciones y con historias previas, prejuicios y mitos, pero en la medida en que él o ella manejen sus debilidades y exploten sus fortalezas personales, el servicio a la población será exitoso.

El trabajo de terapia apoya el crecimiento y desarrollo de ambas partes, lo contrario es profundizar en el problema generando efectos devastadores, sobre todo para la población sobreviviente. Por ello el estudio indagó sobre los efectos en la vida del terapeuta producto de la atención a la población afectada por violencia intrafamiliar. Las respuestas fueron:

1. El 34% de los/as indagados/as informan que sienten y expresan amor cuando atienden a la población afectada.
2. El 6.5 % no siente amor, y por tanto, no lo expresa.
3. El 5.8% siente rabia durante la atención; el 9.4%, no se enfrenta con este sentimiento de rabia.
4. El 7.1% de las/os entrevistadas/os llora con frecuencia; el 92% no lo hace.
5. En cuanto a los cambios en el estado de humor, el 9% lo experimenta, y el 91% no siente cambios de humos de tipo bruscos.
- 6 El 11.5% le irrita escuchar historias que se repiten; y el 88.5% no le sucede igual.
7. Al 7.1% se le han generado nuevos temores frente a la vida; mas no al 92.9%.
- 8 El 3.8% traslada su vida personal a los problemas generados por la población afectada de violencia intrafamiliar. El 96.2% no lo hace.
9. Ei 55.1% considera que su trabajo en el área de violencia intrafamiliar le hace sentir la vida de manera parcialmente satisfactoria. El 37.8% satisfactoria, el 3.8% no satisfactoria.
- 10.El 48.7% le gusta el tema en que trabaja; el 50% no le agrada.
- 11.La motivación por el trabajo en violencia intrafamiliar es alta en un 54.5%, mediana en 35.3% y baja en 4.5%. El resto se incorpora a la categoría no aplicada.
- 12.En cuanto a la experiencia de vida como persona que allende violencia intrafamiliar porque fue sobreviviente, el 7.7% fue afectado y, el 91.7% no tiene experiencia previa directa o personal como sobreviviente.
- 13.El 53.8% considera que posee habilidades para atender el problema; el 45.5% no lo cree así.
- 14.El 94.2% de los/as informantes no han vivido la experiencia personal de violencia intrafamiliar. Apenas el 8% de la muestra tiene una historia personal de agresión en la familia.
- 15.El 65% se siente satisfecho cuando apoya a la población sobreviviente; el 21% conforme, el 7.1% exitoso, el 1.3% conforme, el 6% tolerante.
- 16.Los sentimientos que experimenta el/la profesional que atiende son positivos en un 60.3%, negativos en 1.3%, el resto no aplica (37.8%) porque no hacen terapia.

17. La percepción de la realidad de los/as profesionales es en un 64.7% positiva, y negativa, 3.2%. El 31.4% no aplica.
18. Respecto al nivel del conocimiento del tema, el 72.4% es positivo y el 13% negativo. El resto no aplica.
19. La concepción que tienen de sí mismo/a los/as profesionales que dan atención es positiva en un 55.1% y negativa (2.6%) El resto no aplica (41.7%).
20. Las relaciones interpersonales y familiares son positivas en 52.6% para ambos casos, negativas para el 2.6 y 1.9%.
21. El 34.6% cuenta con grupo de apoyo; el 59% no lo posee. El 89.1% considera que es importante contar con grupo de apoyo.
22. El 64.1% participa en actividades no relacionadas con el tema en estudio; el 35.3% no interactúa.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Del total de los/as profesionales de la muestra estudiada, las/os trabajadores/as sociales fueron la gran mayoría, (35%). En cuanto a las edades de la población total estudiada la mayor concentración estuvo en el intervalo de 38 y los 47 años. El 60% casados/as y con hijos/as. Residentes casi todos/as en la ciudad capital y en el distrito de San Miguelito.
2. Referente al modelo de intervención utilizado para la atención, consiste en la combinación del psicológico con el biológico. Se trabaja a nivel individual y también multidisciplinariamente. Las mujeres son las mayormente atendidas seguidas por las adolescentes. Los tipos de maltrato que se asisten son: el físico, el psicológico, el sexual y el económico. Es importante citar que el 17% de los/as indagados/as no respondió a la pregunta sobre el modelo empleado en la intervención de violencia intrafamiliar; porque pertenecen a otras áreas profesionales donde no realizan tratamientos de esta clase, ejemplo, los/as abogados/as.
3. Las condiciones de trabajo según los/as informantes eran de tensión y relajación respuesta aparentemente contradictoria. Se indicó, en menor porcentaje, presión, disconformidad e incomodidad.

4. Los servicios que se ofrecen son, en su orden:
 - Recepción de casos
 - Orientación
 - Referencias
 - Tratamiento y evaluación

5. Las consecuencias en la vida personal, familiar y comunitaria de los/as profesionales que atienden población sobreviviente de violencia intrafamiliar son:
 - Parcialmente satisfactorias (55.1%)
 - Satisfactorias (37.8%)
 - No satisfactorias (3.8%)

6. En cuanto al autocuidado los/as entrevistados los concluyen que aunque la gran mayoría considera importante este aspecto (89.1%), en la práctica sólo el 34.6% cuenta con grupo de autoapoyo. También hay un 35.3% que se dedica a actividades distintas.

7. Una cantidad considerable de los/as informantes admite que no tienen experiencia directa como sobrevivientes, por lo que un 53.8% se consideran con habilidades para atender el problema.

8. En lo relativo a la motivación de los/as profesionales que les llevó a dedicarse a la atención de la violencia intrafamiliar, se señalaron las siguientes:
- Satisfacción personal y profesional - (31.4%), lo que indica cierto grado de garantía en el trabajo que realizan las personas, ya que la causal dinero mereció una significación secundaria.
 - Ser parte del trabajo que realiza- 30.4%, se convirtió en el segundo móvil con una razón generalmente unida o combinada a alguna de las otras razones expuestas. Esta combinación de relación, en la mayoría de los casos, le proporciona un valor adicional, ya que ésta por sí sola no sugiere una gran motivación.
 - Por la defensa de la población vulnerable- (21.5%), constituye otra razón válida para asegurar que la mayoría de quienes trabajan con esta población poseen una motivación profunda, aspecto de suma importancia por ser este el campo de la violencia el más difícil; muchas veces desmotivador, agotador y estresante.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. En la línea de la investigación ya iniciada se requiere continuar profundizando acerca de las condiciones de los/as profesionales; abordar otras áreas especializadas y promover la incorporación de otros/as profesionales para la atención del problema.
2. La contradicción expresada por los/as consultados/as sobre las condiciones de trabajo en la atención de sobrevivientes de violencia intrafamiliar, permite recomendar un estudio exhaustivo en este apartado para conocer con mayor profundidad sobre el asunto.
3. Es necesario elaborar un programa especial para el autocuidado de los/as profesionales que atienden casos de violencia intrafamiliar que contemple las áreas de recreación y apoyo grupal, entre otros aspectos.
4. Se debe reforzar los programas de capacitación permanente a los/as profesionales de ayuda, a nivel formal e informal a través de organizaciones de tipo académico de la sociedad civil y gubernamental. La promoción y refuerzo de centros de capacitación deben apoyarse a través de la búsqueda de becas educativas como de otros subsidios.
5. De igual manera, conviene proponer un nuevo enfoque de atención que incorpore el eje transversal de género en los modelos de atención de violencia intrafamiliar.
6. Urge crear en las diversas instituciones, grupos de autocuidado para profesionales que atienden el problema, posibilitando espacios de autoapoyo y promoción de la salud mental.

7. Por tratarse de una temática poco explorada en Panamá, resulta valioso crear círculos que conlleven a un proceso profundo de estudio y análisis de las repercusiones que tienen en los/as profesionales, el atender estos casos.
8. Es necesario posibilitar mecanismos para el apoyo técnico y económico en esta línea a través del Estado y la Cooperación Internacional.

GLOSARIO

GLOSARIO

1. **ABUSO SEXUAL:** Conducta coercitiva o impositiva de actos de orden sexual contra la voluntad de una persona, que va desde el contacto físico hasta la exposición de los genitales o la observación del coito.
2. **APOYO EMOCIONAL:** Acompañamiento afectivo que se le da a una persona o doliente que atraviese por una situación traumática.
3. **AUTOESTIMA:** Amor y estima que se tiene de sí mismo(a).
4. **AUTOCUIDADO:** Proceso a través del cual una persona procura mirar por la salud de sí mismo(a) y darse una buena vida.
5. **GRUPO DE AUTOAYUDA:** Conjunto de personas que son sobrevivientes de situaciones traumáticas, las cuales se reúnen con el propósito de brindarse mutuo apoyo, donde las(os) que ya han superado en cierto nivel su situación puedan a través de su testimonio, ser una palabra de aliento para quienes aún no han logrado salir del problema.
6. **MODELO DE INTERVENCIÓN:** Esquema de intervención que pretende describir cómo evoluciona la conducta y se toma problemática, de forma tal que ejercen influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores/as, en cuanto a la concepción que se adoptó con respecto a la violencia intrafamiliar.
7. **MOTIVACIÓN:** Ensayo mental preparatorio de una acción para animarse a animar a ejecutar con interés y diligencia.
8. **PODER:** Acción que se ejerce de uno contra otro, de sometimiento al dominio y voluntad del otro.
9. **PSICOTERAPIA:** Tratamiento de las enfermedades o dolencias, especialmente de orden psicológico a través de una amplia gama de procedimientos psíquicos.
10. **SOBREVIVIENTE:** Persona que después de sobrevivir a un evento traumático sigue el curso de su vida, adaptándose valientemente a su nueva vida.
11. **TENSIÓN :** Estado anímico de excitación, impaciencia, esfuerzo o exaltación producido por producido por determinadas circunstancias o actividades.
12. **TERAPIA :** Tratamiento empleado en diversas enfermedades o dolencias románticas y psíquicas, que tiene como finalidad readaptar al paciente haciéndole realizar acciones y movimientos de la vida diaria.

13. **TERAPIA FEMINISTA:** Sostiene que todas las personas han sido afectadas adversamente por la estructura sociocultural sexista. Examina las contradicciones inherentes al intento individual para crecer, mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos inapropiados del poder y limita el acceso a los recursos, basándose en el género. La meta general de la terapia es incrementar las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo, y eliminar el sexismo y su impacto negativo en los(as) sobrevivientes. Se estimula el análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones.
14. **VICTIMIZACIÓN:** Acción y efecto de someter a la víctima nuevamente a experimentar su condición.
15. **VIOLENCIA DE GÉNERO:** Todo acto coercitivo o agresivo contra la integridad física psíquica, emocional o moral cometido a una persona en base a su condición de género.

BIBLIOGRAFÍA

ARANGO, Luz LEÓN, Magdalena y VIVEROS, Mara. Género e Identidad. TM Editores, Facultad de Ciencias Humanas. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional, 1994.

BID (Banco Interamericano de Desarrollo) / Soledad Larraiv. Violencia Doméstica Contra la Mujer en América Latina y el Caribe. Revisión de Dos Décadas de Acción. Washington, USA, 1997.

Católicas por el Derecho a Decidir. Aportes: Una Reconsideración del Cristianismo a la Luz de la Violencia. Montevideo, Uruguay: 1997.

CEFÉMINA, Taller de Autoevaluación de Actitudes y Reacciones Personales en la Atención a Mujeres Agredidas. San José, Costa Rica: Sin fecha.

CAMUAL, Centro de Apoyo a las Mujeres Violadas. Carpeta de Información Básica para la Atención Solidaria y Feminista de Mujeres. México, 1985.

CLARAMENT M., María Cecilia. Los Ofensores Sexuales Juveniles. Costa Rica: Edición Ser y Crecer, sin fecha.

CORSI, Jorge. La Violencia Psicológica - Conferencia. Buenos Aires: sin fecha.

ELLSBERY y Otros/as. Confites en el Infierno: Prevalencia y Características de la Violencia Intrafamiliar hacia Mujeres. Managua, Nicaragua: 1996.

FENCIA, Granila. Hombres Violentos, Mujeres Maltratadas. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina, 1992.

FLORES, Ynett; ORTIZ, Camilo Ricardo. La Violencia en la Familia: Modelo Contextual de Terapia Intergeneracional. San Francisco, California, USA: 1989.

GOODRICK, T, Rampage y otros/as. Tetapia. Familia Feminista. Editorial Paidos, Buenos Aires, Argentina, 1989.

GUI, James. La Vida Personal del Psicoterapeuta. El Impacto de la Práctica Clínica en las Emociones y Vivencias del Terapeuta. Editorial Paidos, Barcelona, España, 1989.

GUIDO LEA. O.P.S. Tamizaje de la Violencia. San José Costa Rica. 1999.

O.P.S. (Organización Panamericana de la Salud) Violencia y Salud: Propuesta de Intervención para Centroamérica. Washington. USA. 1998.

PÉREZ, F, Ranrich, C; Bustos, T. Psicoterapia y Género. Ediciones la Morada, Santiago de Chile, 1987.

Red Contra la Violencia / Junia Fokuda. Banco de Datos de publicaciones sobre violencia intrafamiliar y violencia contra la mujer en Panamá y en algunos países de Latinoamérica. Panamá, 1997.

Red Contra la Violencia. Boletines Sin Violencia N. 3 y 4. Panamá, 1998.

Res contra la Violencia/ Nilda Santamaría. El Incesto. Consecuencias para la Sobreviviente: Una Visión desde la Psiquiatría. Panamá, 1993.

REGALADO I, TERÁN A. Situación del Abuso Sexual contra las Niñas. Panamá. 1999

ANEXO 1

ANEXO 1

LISTA DE ORGANIZACIONES QUE ATIENDEN POBLACIÓN
SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN PANAMÁ

- ◆ CAMM, Centro de Apoyo a la Mujer Maltratada :
Calle principal, Paraíso, tres casas después de la escuela que lleva el mismo nombre. Telf. 267-07701267-7757.

- ◆ CEDEM, Centro para el Desarrollo de la Mujer :
Corregimiento de Ancón. Comunidad de Balboa, calle Crotón
casa N. 820 AX. Telf. 228-4052

- ◆ FUNDAMUJER, Fundación para la Promoción de la Mujer :
Corregimiento de Ancón, casa N. 0419, después de la Policía Técnica Judicial.
Telf. 262-1800 1262-1066

- ◆ NUEVA IDENTIDAD, Organización de Mujeres :
Distrito de San Miguelito. Comunidad de Villa Guadalupe,
calle principal, casa N. 5-11. Telf. 267-6338

- ◆ CEALP, Centro de Asistencia Legal Popular :
Calle 50, edificio de la Canastilla, oficina N. 2 Telf. 223-5351 / 264-6529

- ◆ CENTRO DE ATENCIÓN A FAMILIAS CON VIOLENCIA,
Universidad Santa María la Antigua del Darién. Tumba Muerto. Telf. 230-4011.

ANEXO 2

ANEXO 2

SIGLAS

- ◆ CAMM, Centro de la Mujer Maltratada.
- ◆ CEDEM, Centro para el Desarrollo de la Mujer.
- ◆ CEMP, Centro de la Mujer Panameña.
- ◆ BID, Banco Interamericano de Desarrollo.
- ◆ OEA, Organización de los Estados Americano.

ANEXO 3

Organización

CONDICIONES Y EFECTOS EN LOS/AS PROFESIONALES QUE ATIENDEN
POBLACIÓN SOBREVIVIENTE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

INSTRUMENTO

Encuesta No.

1. DATOS GENERALES

Marque con una X la respuesta seleccionada y complete los espacios en blanco

1. Edad _____ años
2. Sexo
Femenino _____ Masculino

3. Nacionalidad

4. Escolaridad

- Secundaria
- Universidad
- Postgrado
- Maestría
- Doctorado
- Otros
- Especifique

5. Área de residencia

- Barrio
- Distrito
- Provincia

6. Estado Civil

- Casado/a
- Unido/a
- Divorciado/a
- Separado/a
- Soltero/a

J

7. Paternidad/Maternidad

- Tiene hijos/as

Sí_____No

Cuantos/as_____

8. Lugar de Trabajo

- Gobierno
- Empresa Privada
- Organismo Gubernamental

9. Ocupación_____

II. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

10. ¿Qué tipo de población atiende según género?

Mujeres adultas

Hombres adultos

Adolescentes

Adolecentes

Niñas

Niños

11. ¿Cuáles son los tipos de maltrato que aborda generalmente?

Físico

Sexual

Psicológico

Evaluación

12. Señale con una X los niveles de atención de la población

Recepción de casos

Tratamiento

Referencias de casos_____Evaluación

Orientación

13. Indique según su experiencia cuál de las formas de intervención es la más beneficiosa para atender a los/as sobrevivientes por violencia.

Individual

Por qué

Grupal

Por qué

Ambas

Por qué

14. Cuál de las modalidades de tratamiento usted utiliza con más frecuencia?

Psicológica

Una combinación de ambas _____

Biológica

Otra

Especifique _____

III. CONDICIONES DE TRABAJO

15. Tipo de servicio que ofrece

Asalariado

Voluntariado

16. Espacio del que dispone para la atención. Indique con una X

Adecuado

No Adecuado _____

17. El lugar en que usted trabaja le genera

Relajamiento _____ Otros

Tensión

Especifique

18. Modalidades para atender. La atención que realiza

Usted solo/a _____ En equipo de Trabajo

Combinado _____

IV. EFECTOS EN LOS/AS ENTREVISTADOS/AS

19. Considera usted que producto de su trabajo en violencia presenta frecuentemente

Cambios bruscos de humor

Llora con facilidad

Siente rabia durante la atención y la expresa

Siente amor cuando atiende y lo expresa

Traslada a su vida personal los problemas de los/as afectados

Se le han generado nuevos temores

Le irrita escuchar historias que se repiten

Ninguna

Otras

Especifique _____

20. Considera usted que su trabajo en el área de violencia para con su relación profesional ha sido.

Satisfactoria _____ No satisfactoria _____
 Parcialmente satisfactoria _____ Otro _____

21. Señale tres razones por la que usted trabaja en el área de Violencia Intrafamiliar

22. a. Efectos a nivel laboral

Da citas para la atención con plazos casi imposibles de cumplir?

Frecuentemente _____ Nunca _____
 Ocasionalmente _____ Siempre _____

23. ¿ Cuánto tiempo de su trabajo dedica a la atención?

Menos de 4 horas _____ De 10 a 12 horas diarias _____
 Entre 4 y 6 horas _____ Más de 12 horas diarias _____
 8 horas diarias _____

24. ¿ Cuántas personas atiende usted diariamente?

De 1 a 2 personas _____ De 5 a 6 personas _____
 De 3 a 4 personas _____ 7 y más _____

25. Su motivación por el trabajo de Violencia Intrafamiliar es

Alta _____ Ninguna _____
 Media _____ Explique _____
 Baja _____

Continúa Efectos en los/as Entrevistados/as...

26. Que situaciones la mantienen el interés por trabajar en Violencia Intrafamiliar

Le gusta el tema

Por el entrenamiento recibido

Porqué ha recibido usted violencia

Por la historia de violencia en su propia familia

Encuentra que posee habilidades para el manejo de la problemática de violencia

No identifica la razón

Otros

Especifique_____

27. ¿ Cómo se siente usted apoyando a las personas afectadas por violencia

Exitoso/a

Tolerante_____

Satisfecho/a

Otros

Conforme

Especifique

Indiferente

28. Seleccione, de las siguientes áreas, la/s que considera que su trabajo en violencia intrafamiliar ha afectado.

| ÁREAS | EFECTIVO | |
|--------------------------------|-----------|-----------|
| | POSITIVOS | NEGATIVOS |
| Expresión de sentimiento | | |
| Percepción de la realidad | | |
| Nivel de conocimiento del tema | | |
| Concepto de sí mismo/a | | |
| Familiar | | |
| Relaciones Interpersonales | | |
| Laboral | | |
| Conducta | | |

b. Efectos a Nivel Social

29. ¿Cuenta usted con un grupo de apoyo para atender sus tensiones producto de la Violencia Intrafamiliar?

SI _____ NO

30. Aunque cada caso es individual, las historias de violencia pueden ser repetidas. Esta condición produce en usted molestias:

Frecuentemente _____ Nunca

Ocasionalmente _____ Siempre

31. Cree usted que es importante contar con un grupo de apoyo para liberar tensiones producto de la atención de Violencia Intrafamiliar.

SI _____ NO

32. Participa en actividades no relacionadas con su trabajo en Violencia Intrafamiliar.

SI _____ NO

Comentarios

Entrevistadora:

Fecha: _____

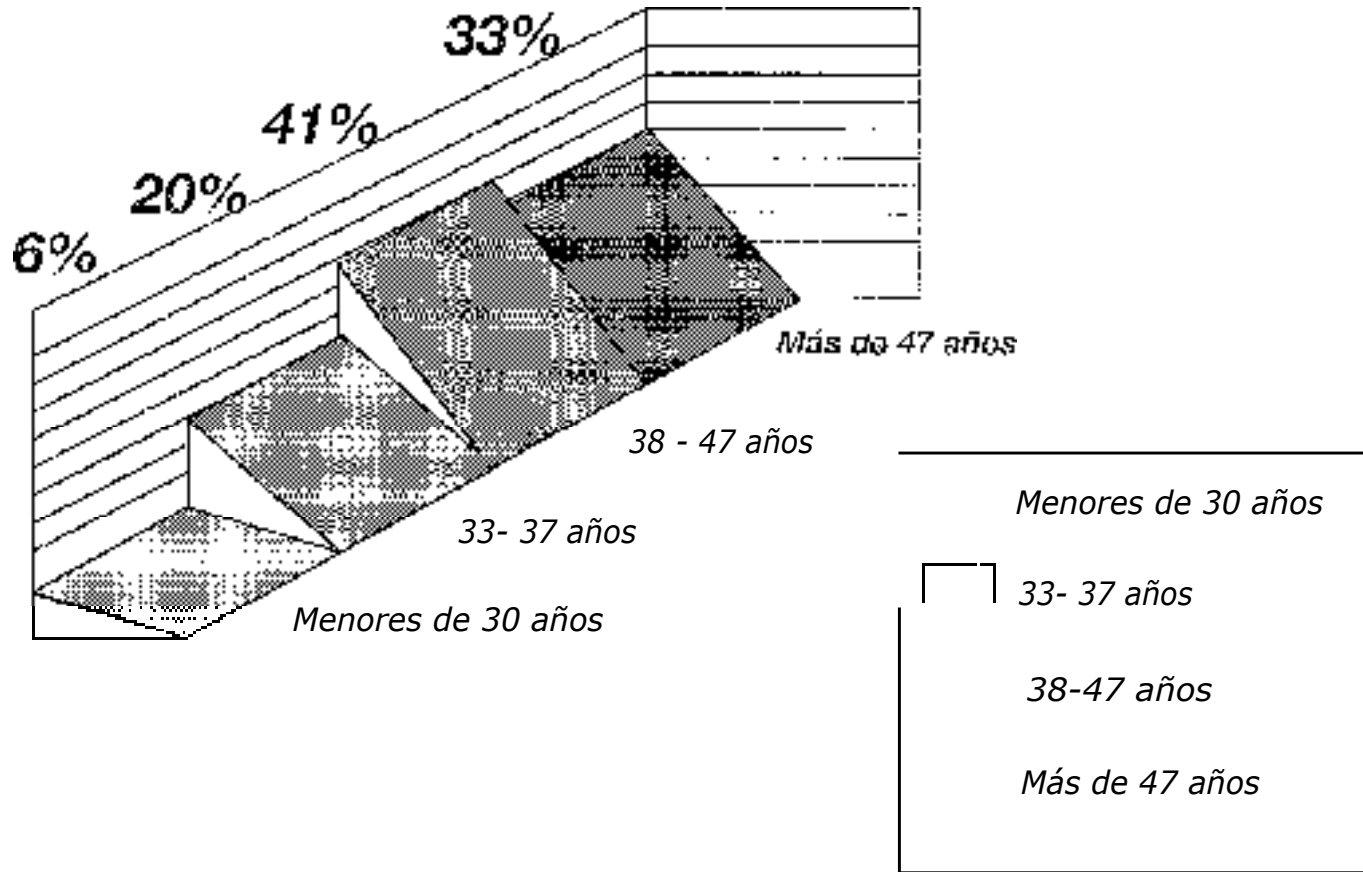
ANEXO 4
CUADROS

PERFIL DE LA MUESTRA

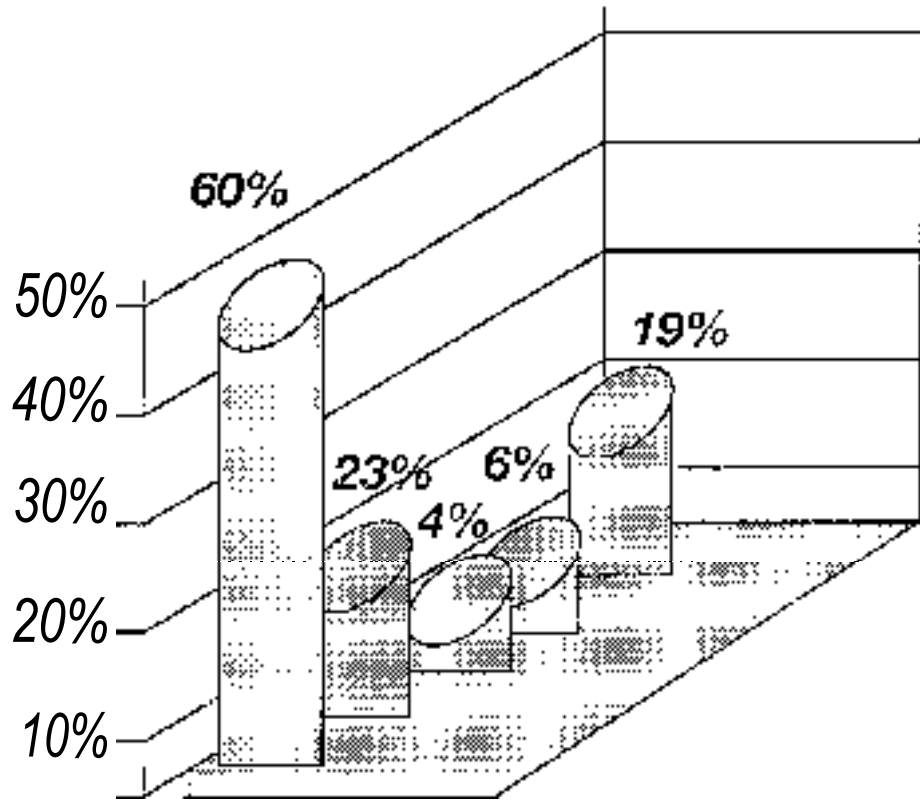


N = 156

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGUN EDAD



Estado Civil de la Muestra



$N = 156$

n Casado / a
Soltero / a
n Unido / a
Divorciado / a
Separado / a

119911
11NMO
momo
IMOIM

niWW
loa
%IOM

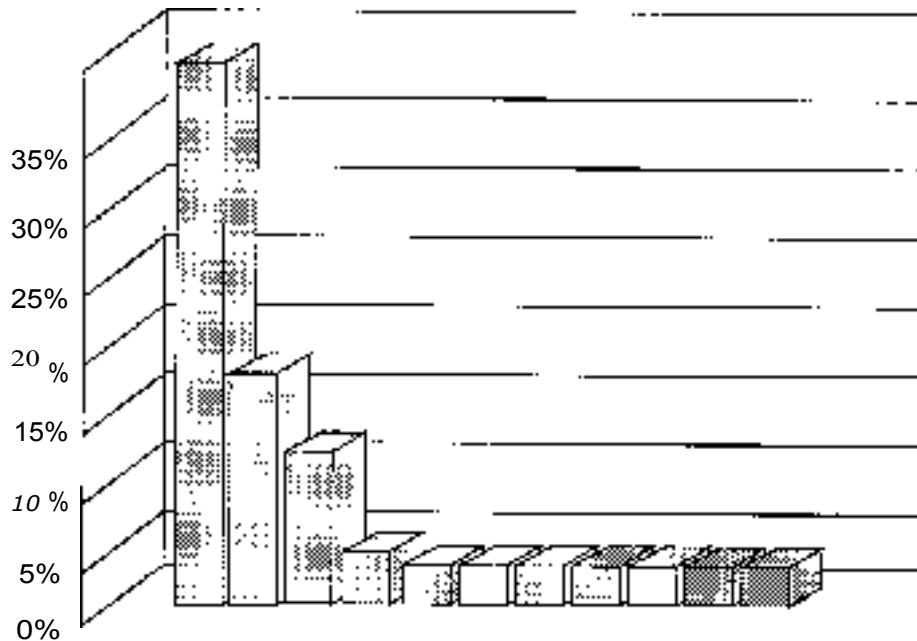
MIMO
MIEMI
MIRE

PO1010

mas
lomo
mom



Profesiones que brindan la atención



N= 156

n Trabajo Social

n Psicología

Médico / a

▪ *Pediatría*

• *Psic. Clínica*

Psiquiatría

Enfermería

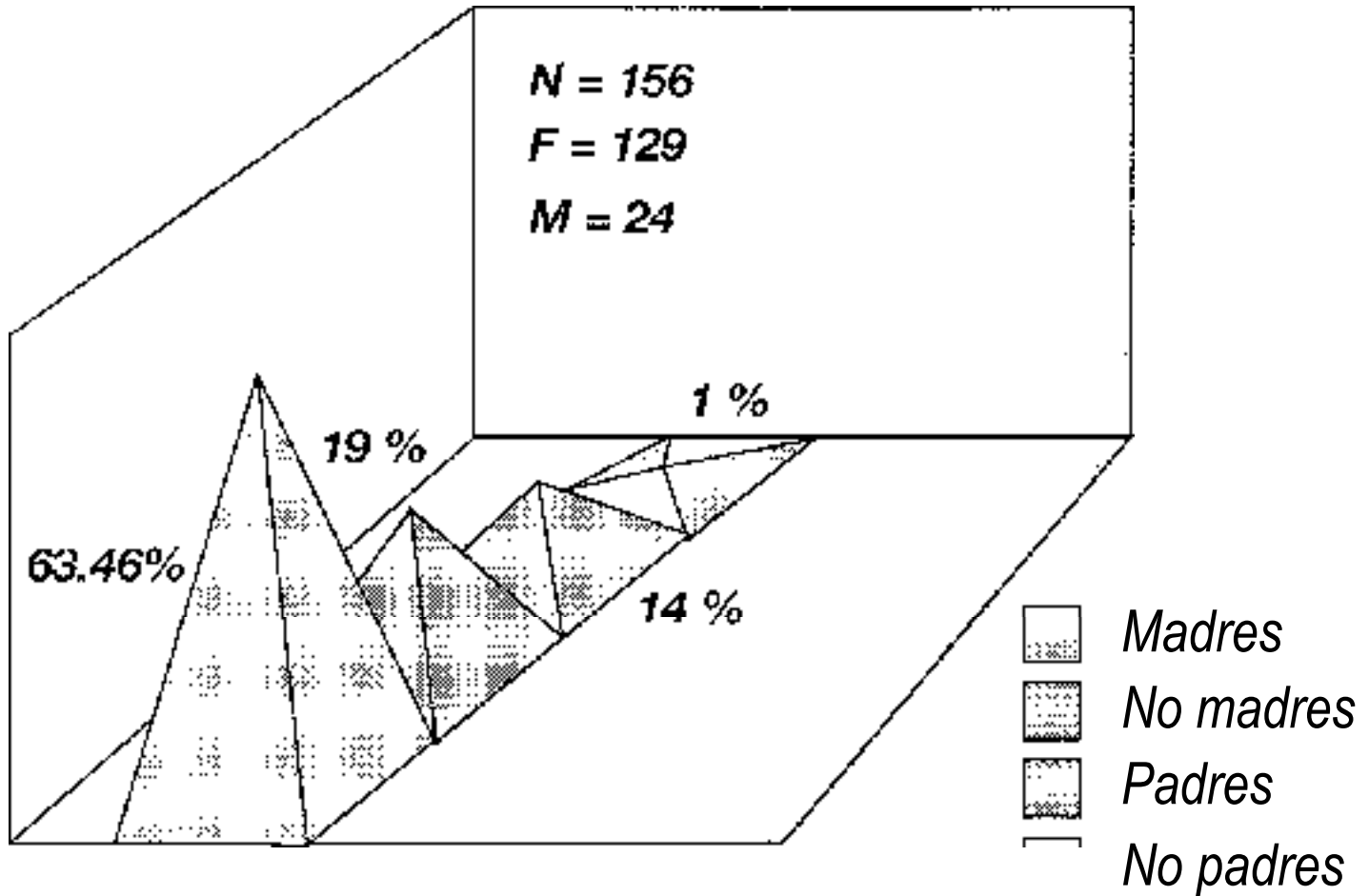
Abogado 1 as

n *Fiscales*

Terapeutas

Promotores Sociales

Maternidad - Paternidad



Distribución de la M Residencia

0
Z

Q. E
San Miguelito
Veraguas
Ó ; á
C
« 3
O o ó
Alcalde Díaz

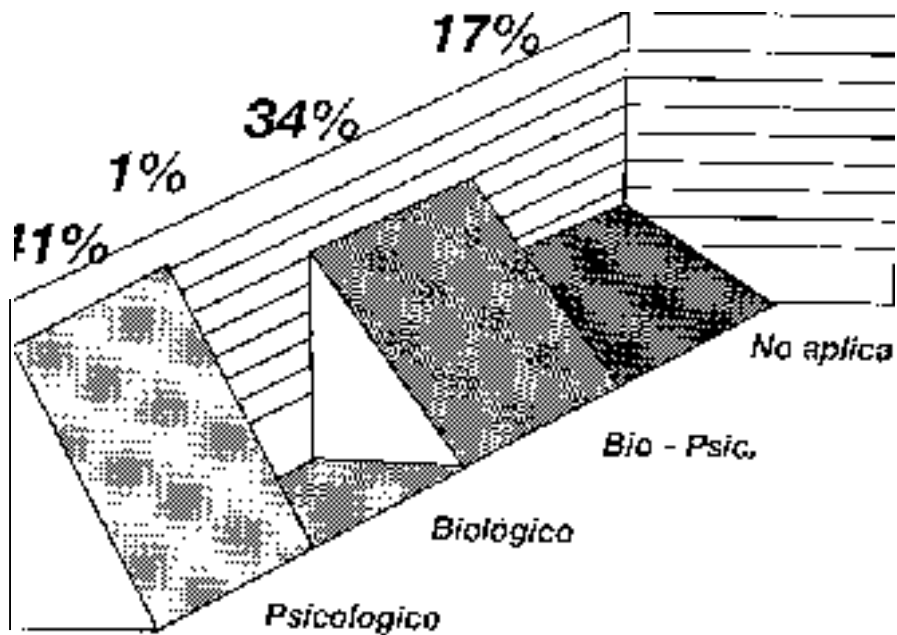


N = 156

Expresión de Emociones

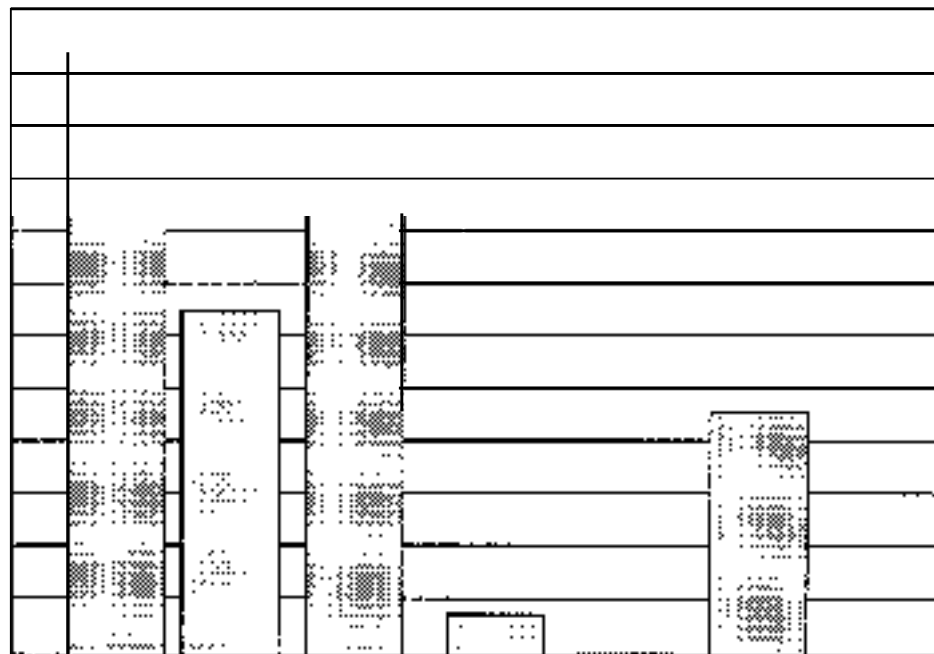
| | | | |
|--|--|---|--|
| <p><i>Rabia</i></p> <p>Si: 5.8 % No: 9.4 %</p> | <p><i>Llanto</i></p> <p>Si: 7.1 % No: 92 %</p> | <p><i>Cambios de Humor</i></p> <p>Si: 9 % No: 91 %</p> | <p><i>Irritabilidad</i></p> <p>Si: 11.5 % No: 88.5 %</p> |
| <p><i>Traslado de los problemas a la vida personal</i></p> <p>Si: 3.8 % No: 96.2 %</p> | <p><i>Satisfacción por su trabajo en VIF</i></p> <p>Parcial: 55.1 % SAtis. 37.8% No Sa. 3.8%</p> | <p><i>Agrado por el Trabajo</i></p> <p>Si: 48.7 % No: 50%</p> | <p><i>Motivación</i></p> <p>Alta: 54.5 % Media: 35.3 % Baja: 4.5 %</p> |

Modelos de Intervención



N=156

Tiempos de trabajo en la población femenina



No respondió
más de 12 hr.

de 10 a 12
horas

8 horas

Entre 4 y 6
horas

Menos de 4 hr.

35.9 %

16.03 %

21.79 %

1.92 %

0 %

7.05 %

N=129

Tiempos de trabajo en la población masculina



No respondió

más de 12 hr.

de 10 a 12
horas

8 horas

Entre 4 y 6
horas

Menos de 4 hr.

ó ó ó ó ó ó
 Ó Ó CO ol N Ci) te: cd
 N

N=24

EFECTOS REPORTADOS POR LOS /AS PROFESIONALES

| | <i>Positivo</i> | <i>Negativo</i> |
|--|-----------------|-----------------|
| • <i>Concepto de si mismo</i> | <i>55.1 %</i> | <i>2.6%</i> |
| • <i>Sentimientos que expresa hacia los / las sobrevivientes</i> | <i>65%</i> | <i>21.8 %</i> |
| • <i>La percepción de la realidad</i> | <i>64.7 %</i> | <i>3.2%</i> |
| • <i>Relaciones interpersonales y familiares</i> | <i>52.6 %</i> | <i>2.6%</i> |
| • <i>Cuentan con grupo de apoyo</i> | <i>34.6 %</i> | <i>59%</i> |

EFFECTOS REPORTADOS POR LOS /AS PROFESIONALES

| | <i>Positivo</i> | <i>Negativo</i> |
|---|-----------------|-----------------|
| • <i>Participa en actividades no relacionadas a VIF</i> | 64.1 % | 35.3 % |
| • <i>Consideran su nivel de conocimiento en VIF</i> | 72.4 % | 13 % |
| • <i>La satisfacción de apoyar ala /el S.</i> | 65 % | 21.8 % |
| • <i>Los sentimientos que experimenta</i> | 60.3 % | 1.3 % |

Escolaridad Vs Sexo de los Profesionales

| <i>Sexo</i> | <i>Escolaridad</i> | | | |
|---------------------|----------------------|----------|---------------------|----------|
| | <i>Universitario</i> | <i>%</i> | <i>No Respondio</i> | <i>%</i> |
| <i>Femenino</i> | 129 | 82.69 | - | 0.00 |
| <i>Masculino</i> | 24 | 15.38 | - | 0.00 |
| <i>No Respondio</i> | 1 | 0.64 | 2 | 1.28 |
| <i>Sub-total</i> | 154 | 98.72 | 2 | 1.28 |

INFORMACION GENERAL

**RED CONTRA LA VIOLENCIA
DIRIGIDA A LA MUJER Y LA FAMILIA**

1991- 2000

RED CONTRA LA VIOLENCIA
DIRIGIDA A LA MUJER Y LA FAMILIA
PANAMA

La Red Nacional contra la Violencia Dirigida a la Mujer y la Familia nace en el año 1991 como un espacio de denuncia y apoyo solidario en caso Violencia contra la Mujer y la Niñez.

La RED es un espacio que facilita el compartir información, proveer el intercambio, la asistencia técnica, responder a una necesidad juntando recursos, y para intervenir.

En la Red convergen personas y organizaciones que desarrollan actividades, proyectos y programas en la ciudad de Panamá y en las Provincias de Colón, Coclé, Veraguas y Chiriquí.

Nuestros Objetivos son:

- Despertar en la comunidad panameña interés por la atención de los problemas relacionados con la violencia social y familiar que afecta a los grupos más vulnerables: mujer y niñez.
- Promover la elaboración y ejecución de políticas públicas dirigidas a enfrentar la violencia social, en general y la violencia intrafamiliar, en particular.
- Proponer programas, coordinaciones a nivel nacional e internacional con el fin de enfrentar el problema de la violencia contra la mujer y la familia.

La Red cuenta con una estructura sencilla, que consiste en una Coordinación General y Coordinaciones por Ejes según las actividades que se ejecutan.

Los Ejes de Trabajo son:

- Comunicación
- Capacitación
- Investigación
- Propuestas Legislativas que incluyen Monitoreo, Seguimiento y Censura Pública en casos de Violencia.

En cada una de las coordinaciones por ejes se desarrollan actividades entre las que podemos mencionar:

- Preencuentros, Autoformación, Encuentros y Asambleas Anuales.
- Conmemoración del 25 de noviembre, Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer.
- Publicación del Boletín Sin Violencia que reúne análisis y noticias en torno al tema.
- Publicación de documentos, investigaciones y materiales para acompañar actividades de capacitación en las comunidades.
- Apoyo a la elaboración de propuestas jurídicas, a estudios sobre el tema y a la creación de servicios de atención.
- Respaldo para censurar la violencia social a nivel nacional e internacional.

La Red Contra la Violencia dirigida a la Mujer y la Familia
Auspicio: Fundación Heinrich Boell. Alemania.

Sede

Centro de Estudios y Capacitación Familiar, CEFA,
Obarrio, Clínica Panamá, primer piso, oficina 1-3
Apartado postal 6-4155 El Dorado, Panamá
Teléfono: (507) 223-5220 - 223-3693
cefa@sinfo.net

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer

Artículo 7

Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y a cabo lo siguiente:

- abstenerse de acción o *práctica* de violencia *contra la* mujer y velar porque *las* autoridades, sus funcionarias, personal y *agentes* e instituciones se **comporten** de conformidad **esta obligación.**

" Convencion de Belem do Para "
1994



COMISION INTERAMERICANA DE LA MUJER