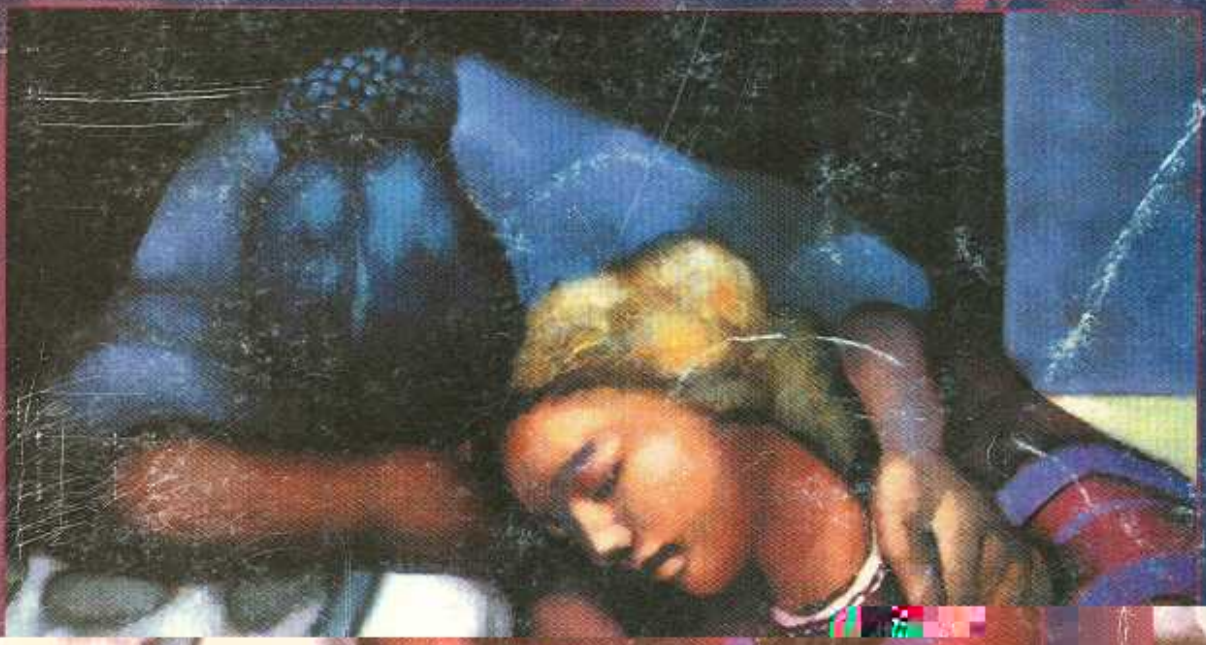
Ruta Crítica que siguen las Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar

Resultados de Investigación



Organización Panamericana de la Salud
Programa Mujer, Salud y Desarrollo
Representación de Panamá
1998

Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar

Análisis y Resultados de Investigación

Programa Mujer, Salud y Desarrollo

Organización Panamericana de la Salud
Representación de Panamá
Organización Mundial de la Salud
Ministerio de Salud

Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas
por Violencia Intrafamiliar
Análisis y Resultados de Investigación.

Basado en el informe de consultoría realizada por Nilda Santamaría con la asistencia de Susana Serracín y la colaboración de América Valdés y Marta Icaza .

Editado y publicado por el Programa Mujer,Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, Representación de Panamá.
Edición al cuidado de Consuelo Tomás, CCI.

Portada: Detalle del cuadro de la pintora panameña Olga Sinclair, titulado "Les Soeurs",1997, Oleo sobre lienzo (30 3/16" x 39 3/4). La fotografía del cuadro es fina cortesía de la Galería Bernheim.
El diseño de la portada ha sido ejecutado por Leisa Madrid, Epic Publications.

Impresión de 500 ejemplares en Imprenta Poligráfica, S.A.

Presentación

Con el apoyo de Noruega y Suecia, el Proyecto Subregional *Fortalecimiento y Organización de las Mujeres y Acciones Coordinadas entre el Estado y Sociedad Civil a Nivel Local para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar* del Programa Regional "Mujer , Salud y Desarrollo" de la OPS, tiene Interés en que se difundan y conozcan los resultados del análisis de la investigación **Ruta Crítica de las Mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar en Juan Díaz** que se considera es un apoyo sustantivo al trabajo que en Panamá se viene desarrollando por las autoridades del Ministerio de Salud así como por las Organizaciones No Gubernamentales.

El tema específico de Violencia Intrafamiliar es un eje de trabajo prioritario para el Programa y deseamos que este aporte contribuya a identificar la violencia intrafamiliar contra las mujeres como un problema de tal complejidad que su solución requiere políticas y acciones coordinadas e intersectoriales con participación tanto del Estado como de la sociedad civil.

La presente, es parte de una investigación en diez países, siete centroamericanos y tres andinos. Todos los países involucrados siguieron el mismo protocolo de investigación el cual fue adaptado a las realidades particulares de cada país. La metodología utilizada es la investigación cualitativa y el trabajo de campo, en el caso de Panamá, fue desarrollado en Juan Díaz, uno de los Municipios Siglo XXI.

El Ministerio de Salud de Panamá y la Organización Panamericana de la Salud, coinciden en el propósito de colocar en una dimensión social el tema de la violencia familiar. En ese sentido, todas las instituciones estatales y no estatales relacionadas con la administración de justicia y la búsqueda de la igualdad entre hombres y mujeres, tenemos el deber de conocer en los ámbitos sociales, profesionales, políticos, judiciales, policiales y de la sociedad civil, la Ruta que siguen las mujeres Afectadas por Violencia Intrafamiliar.

La investigación por sí sola, no cumple el cometido de desconstruir las relaciones de poder marcadas por el abuso. Este sólo es el inicio de un proceso más largo y esperanzador. Ahora debemos ayudar a comprometer a todos los sectores, para que procesen adecuadamente la información que reciben y traten profesionalmente a las víctimas de violencia.

Esperamos sea este un apoyo más en la lucha a favor de la NO Violencia en la Sociedad, principalmente la que se dirige a las mujeres. Queremos expresar el agradecimiento a todas aquellas personas e instancias que colaboraron desinteresadamente al logro de esta investigación, sobre todo a las mujeres afectadas que permitieron conocer sus experiencias, así como al personal del Ministerio de Salud sin cuyo apoyo no hubiese sido posible realizar esta investigación.

Doctora
Lilian Reneau-Vernón
Representante de la
Organización Panamericana de la Salud
en Panamá.

Doctora
Aida Libia Moreno de Rivera
Ministra
Ministerio de Salud

Panamá, enero de 1998

PRO SALUTE
OPS
PAHO
NOVI MUNDI

REPUBLICA DE PANAMA
salud
DESPACHO DEL MINISTRO
MINISTERIO DE SALUD

Introducción/7

ESTRATEGIA METODOLOGICA /11
Conceptos /14
Supuestos /16
Selección de Fuentes de Información y Recolección de datos /17
Selección de la localidad e identificación de poblaciones en estudio /18
Fuentes de información
Prestatarios de servicio /18
Documentos institucionales de registro de casos de Violencia intrafamiliar /21

Mujeres afectadas por la Violencia que han iniciado la Ruta Crítica /21

Mujeres y miembros de la comunidad /23
Instrumento de investigación /23

CONTEXTO /25
Datos geográficos de Panamá y el Corregimiento de Juan Díaz /26
Características Sociodemográficas de Juan Díaz /26
Situación de Violencia en Panamá /27
Contexto Legal panameño /28

ESCENARIO DE LA RUTA CRITICA /31
Sector Salud /37
Sector Educación /37
Sector Legal-Policial/37
SectorComunidad/38
RepresentacionesSociales /41
PrestatariosdeServicios/43

LAS MUJERES AFECTADAS (MUXVI) /47
Características de las MUXVI /49
Sus experiencias con la Violencia /52
Sus experiencias con los Actores Sociales /53
Percepciones y Representaciones Sociales /57

EL PROCESO DE LA RUTA CRITICA /61
Factores Impulsores Internos y Externos
En las Mujeres Afectadas por la VIF /62
En las MUXVI según los prestatarios de servicio /63
En las MUXVI según los miembros de la comunidad /64

Factores inhibidores de la Ruta Crítica
En las Mujeres Afectadas por la VIF /64
Factores Inhibidores Externos /64

Factores Inhibidores Internos /65
En las MUXVI según los prestatarios de Servicios /67
En las MUXVI según los miembros de la comunidad /70

Factores Precipitantes /71
Decisiones tomadas y acciones emprendidas /72
Por la violencia sexual /72
Por la violencia patrimonial o económica /72
Por la violencia psicológica /72
Por la violencia física /74

Resultados Obtenidos
En la corregiduría /76
En la policía /77
Con juzgados, fiscalías de familia y el Instituto de Medicina Legal /78
En el sector Salud /79
En el sector ONG /81
En otras áreas /81

Factores Determinantes de la Ruta Crítica /82

CONCLUSIONES/84
Metodológicas/84
Observacionales/85

RECOMENDACIONES/89
Sector Salud /91
Sector Legal-Policial /92
Sector Educativo /93
Sector Comunitario-ONG /93
Otros sectores /94

BIBLIOGRAFIA/96

INDICE DE CUADROS /98

INTRODUCCION

Al observar el contenido de algunos medios de comunicación, podemos per catarnos de la gran cantidad de casos de violencia intrafamiliar que acontecen y que incluyen homicidios. Surge la interrogante sobre qué pasa, cómo detener esa escalada de violencia, cómo prevenirla.

Estas interrogantes han llevado a la realización de investigaciones, convenios nacionales e internacionales y diversos análisis relacionados con esta problemática. Hoy sabemos que las secuelas de la violencia intrafamiliar son tan numerosas y tienen tan graves implicaciones para la salud y la calidad de vida de las personas afectadas que se reconoce como un problema de Salud Pública.

Se acepta además que para prevenirla y atenderla las medidas deben producirse tanto en la esfera gubernamental como civil. Como parte de los esfuerzos la prevención y confrontación, el **Proyecto Acción de Prevención de la Violencia Intrafamiliar** del Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud decide llevar a cabo una nueva investigación. Se identifica que el problema de la violencia intrafamiliar específicamente dirigida contra las mujeres es de tal complejidad que su solución requiere políticas y acciones coordinadas estratégicas e intersectoriales con participación, tanto del Estado como de la sociedad civil.

En ese contexto son de fundamental importancia los sectores de salud, normativo (judicial - legal - policial), educativo y no gubernamental, por lo tanto es crucial estudiar las respuestas obtenidas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en las instituciones sociales.

El objetivo de esta investigación consiste en develar las acciones tomadas por las afectadas en su búsqueda de ayuda, los obstáculos por ellas encontrados y en general las representaciones y significados sociales que sobre la violencia intrafamiliar existen en las personas afectadas y en el personal de las instituciones que deben ofrecer respuestas ante este serio problema.

Esta investigación se realiza simultáneamente en diez países, siete centroamericanos y tres andinos y se ha denominado *Ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.* Para los efectos de este estudio se entiende por ruta crítica la **secuencia de las decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una persona afectadas para enfrentar la situación de violencia que experimenta (ba) y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda.**

La ruta crítica es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores relacionados con las mujeres afectadas por la Violencia Intrafamiliar y las acciones emprendidas por estas (os), así como las respuestas de los prestatarios de servicios, que a su vez vuelven a afectar los factores impulsores por parte de las afectadas.

Desde nuestra perspectiva resulta interesante y necesaria la investigación, en particular las representaciones sociales. Como señala Gladys Miller, «*hay una sub-valorización sociocultural que se ve fuertemente reforzada por mitos (creencias) respecto a la relación de pareja, la familia y la sociedad, mitos que son asumidos por distintos grupos sociales, profesionales de ayuda, médicos, etc.*»(1) Por otro lado, Leonor Walker en el denominado Ciclo de la Violencia, nos enseña cómo la interacción de ciertos factores perpetúan la situación de la agresión, además de poner en evidencia que el concepto de la provocación de la víctima es errado.

Incluir en la investigación personas de la comunidad y prestatarios (as) de servicios también ha sido necesario. Anteriormente, en estudios de Grosman, Mesterman y Adams, se explora (entre otras cosas) cuál era la actitud y el comportamiento de los protagonistas ante las instituciones y los diversos apoyos existentes en la comunidad. Esta investigación nos ha permitido un marco referencial teórico al respecto.

Una vez seleccionadas las investigadoras, del 15 al 19 de enero de 1996 se realiza el Taller de Capacitación sobre el Protocolo de Investigación en la ciudad de San José, Costa Rica, con la orientación de las expertas investigadoras Elizabeth Shrader y Montserrat Sagot. Del 22 al 26 de abril es celebrado en Panamá el Taller de Capacitación en el Análisis de Datos Cualitativos al que asistieron los puntos focales de OPS, las investigadoras de ocho países participantes, representantes de la OPS de Washington, asistentes administrativas y las facilitadoras. En el caso de Panamá, también participaron la investigadora asistente y la Coordinadora en el Ministerio de Salud, del Programa Salud, Mujer y Desarrollo.

Un tercer taller se realiza en Costa Rica sobre Metodología y Resultados Preliminares y posteriormente, el 17 y 18 de octubre la Doctora Shrader acude para un taller de capacitación con nuestro equipo investigador local con miras a resolver dudas metodológicas y analíticas.

La metodología de investigación cualitativa nos permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas del comportamiento humano para entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor (Taylor - Bogdan, 1992).

El trabajo de campo se realiza en la comunidad de Juan Díaz en la provincia de Panamá, seleccionada a pàrtir de ciertas características que se requieren para este estudio. Se inicia en enero, y termina a mediados de agosto de 1996.

Son objeto de entrevistas a profundidad veintiún mujeres. Se trabaja con cuatro grupos focales (dos de hombres, dos de mujeres) y trece prestatarios de servicio nos permiten las entrevistas semies-

tructuradas. Todos (as) permitieron la grabación y fueron cooperadores.

Los resultados obtenidos en esta investigación son múltiples y entre los más destacados podemos anotar:

* Las mujeres afectadas suelen sufrir diversas formas de violencia.

* No hay Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que atienden directamente a la mujer maltratada en la comunidad - estudio.

* La coordinación multisectorial casi no existe.

No hay una labor realmente efectiva de las instituciones llamadas a atender el problema. Si bien es cierto se realizan algunos esfuerzos, se reconoce la existencia de leyes contra la violencia intrafamiliar pero en forma incompleta; son múltiples los factores impulsores e inhibidores que afectan la búsqueda de ayuda y, una de las principales propuestas para la prevención y atención de la violencia es la capacitación multisectorial.

Para concluir, hemos de consignar el agradecimiento a todas aquellas personas e instancias que colaboraron desinteresadamente al logro de esta investigación, pero sobre todo a las mujeres afectadas que nos permitieron conocer sus experiencias y transmitirlas como una valiosa forma de contribuir a la erradicación de la violencia intrafamiliar.

1. ESTRATEGIA METODOLOGICA

Deseábamos saber, cuál es el proceso de la ruta crítica seguida por las mujeres mayores de 15 años afectadas por la violencia intrafamiliar y cuáles son los factores que influyen en ese proceso con el propósito de formular recomendaciones para todos los actores sociales locales a fin de contribuir a la elaboración de un modelo de prevención y atención contra la violencia intrafamiliar. La metodología a seguir debía entrar en niveles que los que podían ser obtenidos valorando los hallazgos solo numéricamente. Se establecieron los siguientes objetivos:

1. Conocer las acciones emprendidas por las personas afectadas por la violencia intrafamiliar y la ruta seguida para encontrar atención y solución a sus problemas de violencia.
2. Conocer los factores que impulsan o desestimulan el inicio de una ruta crítica en mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar.
3. Conocer las percepciones de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar sobre las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda y solución a sus problemas de violencia.
4. Conocer las representaciones sociales y las respuestas por parte de prestatarios de servicios en torno a la violencia intrafamiliar.

Se estableció la necesidad de un método investigativo que nos permitiera obtener descripciones y explicaciones desde las propias palabras de los actores sociales para comprender a las personas dentro de su propio marco de referencia. Una metodología que nos permitiera entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor. Por todo esto, la metodología seleccionada fue la investigación cualitativa la cual correspondía enteramente con los objetivos de esta investigación: comprender los motivos, creencias y significados que están detrás de las acciones de la gente.

Por otra parte, los datos resultantes de este tipo de estudios son particularmente convincentes ya que representan, como se ha dicho, las propias palabras de los actores sociales.

Algunas de las características de los datos obtenidos en la investigación cualitativa son los siguientes:

- ✓ Son datos recogidos en sus ambientes naturales y en las propias palabras de los actores.
- ✓ La confiabilidad de estos datos se basa en su arraigo en la realidad local y en la situación específica en la que fueron recolectados.
- ✓ El énfasis de estos datos es en casos específicos que se analizan como fenómenos fuertemente enraizados en su propio contexto y por lo tanto potencialmente explicativos de una realidad local; y
- ✓ Los datos cualitativos tienen un gran potencial para revelar la complejidad de las situaciones analizadas dada su riqueza y holismo.

En términos de la ética de la investigación, el paradigma cualitativo tiene una serie de implicaciones. La investigación cualitativa rechaza el paradigma científico tradicional que establece separaciones entre los sujetos y los objetos de la investigación, o los que consideran que las experiencias personales y los saberes populares no tienen validez científica. La investigación cualitativa implica establecer una relación igualitaria

y horizontal entre la persona que investiga y las (os) participantes en la investigación.

El paradigma cualitativo reconoce que la investigación tiene lugar y se dirige a una comunidad o grupo de personas. El propósito central de la investigación debe ser responder a los intereses y necesidades de las (os) sujetos que participan en ella.

Además, durante todo el proceso se debe mantener una estricta preocupación ética por las consecuencias de la investigación en las personas involucradas.

La investigación cualitativa plantea la necesidad de prestar atención a la voz. Quién habla, para quién, con quién, y con qué propósito. Desde esta perspectiva, la medida en la cual se rescatan voces alternativas o las voces de las (os) silenciados se convierte en un criterio no solo ético, sino también un criterio de calidad en este tipo de investigación. Finalmente, la perspectiva cualitativa plantea que desde el punto de vista ético, una investigación de calidad es aquella que integra investigación, reflexión crítica, respeto y acción.

El énfasis de la investigación cualitativa en las experiencias vitales de los actores, produce datos muy apropiados para analizar los significados que las personas le asignan a los eventos y procesos de sus vidas; es decir los datos cualitativos son particularmente pertinentes para analizar percepciones, representaciones sociales, prejuicios, estereotipos y para establecer las conexiones entre esos significados y el contexto social en el que emergen.

Desde la anterior perspectiva, las técnicas de recolección de datos usadas por excelencia en la investigación cualitativa son aquellas que permiten recoger las experiencias de los actores con sus propios ritmos y palabras. Técnicas que recojan sus visiones del mundo.

Algunas de las técnicas son: las entrevistas en profundidad, las entrevistas semi-estructuradas, y las entrevistas grupales, sobre todo las denominadas **grupos focales**. Este tipo de técnicas permiten una mejor aprehensión de las dinámicas particulares de la experiencia humana, de los significados, y de la construcción de las representaciones sociales.

Dado que el objeto central de este tipo de investigación no es la generalización estadística, sino la aprehensión de las particularidades y significados de los casos dentro de sus contextos, la selección de muestras por medio de técnicas aleatorias no es apropiada y muchas veces ni siquiera posible por no contarse con el marco muestral adecuado. Esta situación es particularmente cierta en el caso de la violencia intrafamiliar donde la invisibilización y el subregistro dificultan enormemente la realización de investigaciones basadas en muestras estadísticamente representativas. El tipo de técnicas de recolección de datos empleadas por la investigación cualitativa, demandan el uso de otros tipos de muestreo más apropiados a la lógica de la búsqueda de las particularidades, significados y su relación con los contextos locales.

Desde esta perspectiva una de las técnicas a emplear es la de **bola de nieve.** Es una de las técnicas de muestra no aleatoria más frecuentemente usadas en la investigación cualitativa sobre todo cuando, dada la sensibilidad de ciertos temas, la captación de sujetos para la investigación se hace particularmente difícil. Esta técnica no define de antemano la cantidad de personas a entrevistar sino que deja de

hacerlo cuando ya nadie hace referencia de nuevas personas, o cuando quien investiga siente que ya no hay nada nuevo que aprender del problema que se estudia. Este criterio se conoce como saturación y este criterio es principalmente empleado en investigaciones que se basan en entrevistas en profundidad o historias de vida.

Al seleccionar el método la definición de conceptos era fundamental. Como el foco central de la investigación es la ruta crítica seguida por las personas afectadas por la violencia intrafamiliar, era necesario definir, los conceptos de familia, violencia intrafamiliar, persona afectada, prestatarios de servicios y ruta crítica.

Familia: Grupos de dos o más personas con vínculos de afinidad o convivencia.

Violencia Intrafamiliar (VIF): Toda acción u omisión cometida por algún (a) miembro (a) de la familia en relación de poder, sin importar el espacio físico donde ocurra, que perjudique el bienestar, la integridad física, psicológica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otro (a) miembro(a) de la familia.

Se opta por el término *violencia intrafamiliar* y no por el término *violencia doméstica*, ya que este hace referencia al espacio físico donde ocurre el acontecimiento violento.

Violencia intrafamiliar hace referencia al ámbito relacional en que se construye la violencia más allá del espacio físico donde ocurre. Según datos de investigación realizada por María Angélica Fauné (11), la violencia intrafamiliar demuestra ciertas características:

- Tienen dos direcciones fundamentales: hacia las mujeres y de adultos hacia menores.
- El lugar donde se ejerce de preferencia es la casa u hogar. La ejercen en mayor medida los hombres que viven en esa casa y con los cuales hay lazos de consanguinidad o de parentesco.
- En menor medida la ejercen los parientes lejanos, conocidos o extraños;
- Es un problema que afecta fundamentalmente a las mujeres y menores, ancianos (as), independientemente de la edad, raza, clase, nivel educacional o rol dentro de la estructura familiar.

En la violencia intrafamiliar existen un sin número de consecuencias. En su extremo máximo irreversible está la muerte de la mujer por parte de su compañero. En nuestra experiencia profesional hemos observado existe poca frecuencia de homicidios del cónyuge por parte de la mujer. Cuando ha ocurrido ha sido en defensa de su vida, mientras estaba siendo golpeada por su marido. La muerte de la mujer, el femicidio, no evidencia el mismo fenómeno. Ocurre como un acto de agresión generalmente intencional que muchas veces ha sido anunciado por su autor a través de intentos y amenazas de muerte.

Debido a limitaciones referidas al diseño del estudio, no se ha incluido el análisis del femicidio. Por iguales razones tampoco se incluye el suicidio de la mujer provocado por una situación violenta intolerable.

Las únicas formas de VIF que se consideran en este estudio son: violencia física, violencia sexual, violencia psicológica y violencia patrimonial o económica.

Es conveniente resaltar que estas formas de violencia no se producen comúnmente en forma aislada. Hay entre ellas un continuo y por razones puramente operativas, en este documento se presenta una definición separada para cada una de las distintas formas de violencia. Esta definición es una adaptación de la definición de los tipos de violencia usados en el documento **Propuesta de un plan para la Atención**

Integral a la Violencia Intrafamiliar para el sector Salud (Ministerio de Salud, et al, 1994, San José Costa Rica). En particular, la definición de violencia patrimonial es el resultado de la reflexión de las investigadoras que participamos en el Taller de Capacitación realizado en San José, Costa Rica, en enero de 1996.

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

Violencia Sexual: Es todo acto en el que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra a que ejecute un acto sexual contra su voluntad, o que participe en interacciones sexuales que propician su victimización y de la que el ofensor obtiene gratificación. La violencia sexual ocurre en una variedad de situaciones como la violencia en el matrimonio, el abuso sexual infantil, el incesto, el acoso sexual, y la violación en una cita. Incluye, entre otras: caricias no deseadas, relaciones emocionales sexualizadas, penetración oral, anal o vaginal con el pene u objetos, exposición obligatoria a material pornográfico, y exhibicionismo.

Violencia Psicológica: Es toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad, o el desarrollo de la persona. Incluye los insultos constantes, la negligencia, la humillación, el no reconocer aciertos, el chantaje, la degradación, el aislamiento de amigos y familiares, la destrucción de objetos apreciados, el ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, explotar, comparar, etc.

Violencia patrimonial o económica: Son todas aquellas medidas tomadas por el agresor, u omisiones, que afectan la sobrevivencia de la mujer y sus hijas e hijos, o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal. Esto implica la pérdida de la casa de habitación o del lugar de vivienda, los enseres y equipamiento doméstico, la tierra, otros bienes muebles o inmuebles, así como los efectos personales de la afectada o de sus hijas (os). Incluye también, la negación a cubrir cuotas alimenticias para las hija (os) gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Mujer Afectada (MUXVI): Una mujer mayor de 15 años, objeto directo de la violencia intrafamiliar. Aunque una persona menor de 15 años puede ser afectada por la violencia intrafamiliar, este estudio se limita a aquellas personas mayores de 15 años. Dada la sensibilidad y complejidad de este tema, no se considera conveniente tanto desde la perspectiva metodológica, como de la postura ética, trabajar con personas menores de 15 años.

Prestatario de Servicio: La persona o las personas que ofrecen o tienen a su cargo brindar servicios de apoyo para las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en las localidades que abarca el estudio. Pueden ser personas afiliadas con instituciones de los sectores jurídico-legal, policial, salud, educación y comunitario. También se considera como prestatarios a aquellas personas que cumplen una función social en la comunidad y que desde la perspectiva de las mujeres afectadas, forman parte de su ruta crítica al ayudarles a romper con el patrón del secreto en que se vive la relación violenta.

Ruta Crítica: La secuencia de las decisiones tomadas y acciones ejecutadas por una persona afectada para enfrentar la situación de violencia que experimenta (ba) y las respuestas encontradas en su búsqueda de ayuda. La ruta crítica es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores relacionados con la MUXVI y las acciones emprendidas por estas (os), así como las respuestas de los prestatarios de servicios, que a su vez vuelven a afectar los factores impulsores por parte de las MUXVI.

SUPUESTOS:

1. El problema de la violencia intrafamiliar, que incluye la violencia física, sexual, psicológica, y patrimonial, está presente en todas las comunidades.
2. La mayoría de las mujeres afectadas por la violencia reconoce la necesidad de mejorar su situación de violencia y de contar con servicios de intervención proporcionados por los sectores jurídico-legal-policial, salud, educativo y comunitario.
3. Muchas MUXVI desconocen tanto sus derechos como la disponibilidad de servicios apropiados para ayudarles en situaciones de violencia.
4. Durante el desarrollo de la relación violenta, en cierto momento algunas de las MUXVI inician una ruta crítica para tratar de remediar o mitigar los efectos de la violencia.
5. [redacted] la ruta crítica es iniciada por la MUXVI; el prestatario de servicio

12. Un marco jurídico-legal apropiado es imprescindible para prevenir, enfrentar y combatir la violencia intrafamiliar.
13. Los prestatarios de servicios requieren un marco jurídico-legal apropiado para responder adecuadamente a la complejidad de la violencia intrafamiliar y las necesidades de las MUXVI.
14. Existe falta de coordinación intersectorial de servicios de prevención y atención para las MUXVI que buscan apoyo.
15. Existe falta de seguimiento intrasectorial para las MUXVI que buscan apoyo.
16. Existen mecanismos para mejorar los servicios actuales y potenciales dirigidos a las MUXVI.
17. La existencia de medidas de prevención coordinadas intersectorialmente contribuiría a disminuir la incidencia de la violencia intrafamiliar.

SELECCION DE FUENTES DE INFORMACION Y RECOLECCION DE DATOS

La investigación contempla analizar la ruta que siguen las mujeres afectadas para solucionar su situación de violencia intrafamiliar. Se construye el análisis con el fin de conocer los factores de impulso y de respuesta que constituyen los insumos y resultados de la ruta crítica. Para la recolección de información adecuada que nos permitiera entender y contextualizar la búsqueda de solución que inician las MUXVI las metodologías más apropiadas resultaban ser las cualitativas o etnográficas.

El diseño del estudio incluyó varias técnicas complementarias:

Técnicas complementarias según fuentes de información

Fuente de Información	Temas de Estudio	Técnica de Recolectar Información
Prestatarios de Servicios	Representación social sobre el fenómeno de violencia; sus experiencias brindando atención a las MUXVI; identificación e otras informantes claves	Entrevistas semiestructuradas.
Documentos Institucionales	Existencia de las formas de registro de casos de violencia intrafamiliar	Revisión Documental
Mujeres afectadas que han iniciado la ruta crítica	Situación de Violencia; ruta crítica ejecutada	Entrevistas a profundidad
Mujeres y hombres miembros de la comunidad	Representación Social del fenómeno de la VIF; percepciones acerca de los servicios de prevención y atención.	Grupos Focales

Casi todas estas fuentes se encontraron en una sola localidad, lo que era necesario para analizar la situación de la violencia intrafamiliar en el contexto de un espacio geopolítico preciso.

1. SELECCION DE LA LOCALIDAD E IDENTIFICACION DE LAS POBLACIONES DEL ESTUDIO:

Para facilitar la identificación y participación de las y los informantes, la localidad debe contar con cierta extensión demográfica, así como con algunos servicios básicos.

Las características para la localidad son:

Población total entre 10,000 y 40,000 habitantes;
Acceso a datos sobre perfiles demográficos, de salud, y de desarrollo socio-económico;
Disponibilidad de servicios básicos de salud, como mínimo un puesto o Centro de salud;
Existencia de por lo menos una organización no gubernamental de desarrollo comunitario con especial énfasis en cuestiones de violencia o de género.

La comunidad elegida para Panamá fue el corregimiento de Juan Díaz, pues además de reunir las características deseadas es una de las comunidades del Proyecto Municipios Siglo XXI.

Para cada fuente, se incluye la descripción de la población, los criterios de selección para el estudio, y los métodos de recolección de información.

2. FUENTE DE INFORMACION:

Prestatarios de servicios.

El objetivo de estas entrevistas es conocer las representaciones sociales por parte de los prestatarios sobre el fenómeno de violencia intrafamiliar así como describir las prácticas de atención que han venido ofreciendo a las MUXVI. Otro objetivo es la identificación de informantes claves para las entrevistas a profundidad con las mujeres afectadas quienes han iniciado la ruta crítica.

2.1 Población:

La población de prestatarios de servicios la constituyen la persona o personas que ofrecen o tienen a su cargo ofrecer servicios de apoyo para miembros de la localidad identificada en el estudio. Están afiliadas a instituciones de los sectores jurídico-legal-policial, salud, educación y de organizaciones privadas de desarrollo, entre otras. Pueden ser también líderes comunitarios comúnmente reconocidos(as) por la comunidad como un recurso de apoyo importante. Un listado sugerido por el protocolo:

LISTA SUGERIDA DE PRESTATARIOS DE SERVICIOS

- Médico Forense
- Médico de emergencia
- Enfermeras de emergencia
- Personal del Centro de Salud (Enfermera, Médico, Trabajadora Social)
- Dentista
- Cruz Roja Local
- Comadronas, parteras empíricas
- Promotoras de salud (por ejemplo: Trabajadoras comunitarias de salud, brigadistas)
- Centro de Atención a Tercera Edad Diurno
- Trabajador(a) Social
- Psicólogo(a)
- Personal intermedio (por ejemplo recepcionista, secretaria)
- Representantes de la medicina tradicional o del saber tradicional

Sector Jurídico-legal-policial

- Representante de la instancia judicial local
- Policía , el encargado
- Juez local
- Juzgados de familia u otras instancias donde se tramiten los casos de violencia patrimonial

Sector educativo

- Director(a) de la escuela secundaria pública de la localidad
- Orientador(a) de la escuela secundaria pública de la localidad

Sector comunitario- ONG

- Las ONG que trabajan en el tema de género, o de violencia intrafamiliar
- Organizaciones privadas de desarrollo comunitario, con especial énfasis en temas relacionados con la mujer, familia y la salud (por ejemplo Alcóholicos Anónimos, grupos eclesiásticos, asociaciones de mujeres)
- Líderes identificados por miembros de la comunidad

2.2 Criterios de selección:

Representatividad, ya que era necesario conocer las características propias y la calidad de servicios de las instituciones. Así, se obtiene una lista de los prestatarios "obligatorios"o imprescindibles para recolectar información y los "optativos"o aquellos factibles según la disponibilidad de recursos.

Lista de entrevistas obligatorias y optativas con prestatarios de servicios

Sector Salud

Obligatorias: una entrevista por cada categoría
1. Psiquiatra forense y médico legista (el que realiza los exámenes físicos) del Instituto de Medicina Legal.
2. Médico de emergencia (responsable de la emergencia en el Centro de Salud de Juan Díaz).
3. Enfermera de Emergencia (Enfermera responsable de la emergencia en el Centro de Salud de Juan Díaz).
4. Personal del Centro de Salud (Enfermera, Médico o Trabajadora Social).
5. Educadora para la Salud.
6. Psicóloga.
7. Médico del Programa Contra la Violencia del Centro de Salud de Juan Díaz.

Optativas:
Trabajadora Social; Dentista; personal de la Cruz Roja local; comadronas o Parteras empíricas; personal del Centro de Atención a la Tercera Edad Diurno; representantes del saber tradicional.

Sector jurídico-legal-policial

Obligatorias:
8. Jefe de policía.
9. Representante de la instancia judicial al nivel municipal; Corregidor.
10. Fiscal de Familia.

Sector Educativo

Obligatorias:
11. Un (una) informante del sector, sea director (a) u orientador (a).

Sector Comunitario-ONG

Obligatorias:
12. Un líder comunitario: Presidente del Comité de Salud
13. Un (una) informante que trabaja con una ONG

2.3 Recolección de información:

Se identifica a los informantes en la etapa preparatoria de entrada a la comunidad. Utilizando los instrumentos denominados "Guías de entrevistas para prestatarios de servicios", se realizan las entrevistas semi-estructuradas obligatorias (N=12).

3.FUENTES DE INFORMACION

Documentos institucionales de registro de casos de violencia intrafamiliar.

Para conocer la existencia de los sistemas de registro, se efectúa una revisión y análisis de los formularios para registrar los casos detectados de violencia intrafamiliar. Esta información sirve a la investigación para triangular fuentes de información y analizar las formas de registro.

3.1 Población:

Todos los documentos de registro de caso que se utilizan por las instituciones que prestan servicios de los sectores salud, jurídico-legal-policial, educativo y comunitario-ONG.

3.2 Criterios de selección:

A través de las entrevistas con los prestatarios de servicios se investiga la existencia de sistemas de registros, cómo es y qué formatos tiene.

3.3 Recolección de información:

En los casos donde existen formatos de registro, se pide permiso de fotocopiar el documento para tenerlo junto con la otra información recolectada. Se utiliza el instrumento denominado Machote de identificación de fuentes documentales para registrar y ordenar la información.

4. FUENTE DE INFORMACION:

Mujeres afectadas por la violencia que han iniciando la ruta crítica.

Los objetivos de estas entrevistas son: conocer los factores de impulso para iniciar una ruta crítica; recaudar la experiencia de acciones emprendidas en la solución de la violencia intrafamiliar; y describir los factores de respuesta que recibió la informante.

4.1 Población:

La población de esta etapa del estudio son las MUXVI residentes de la localidad seleccionada durante el periodo de recolección de información que han emprendido una acción en la ruta crítica para confrontar la violencia intrafamiliar.

4.2 Criterios de Selección:

Aunado con la definición operativa, se agrega la característica temporal en cuanto a la búsqueda de solución. La mujer debía haber intentado un contacto con cualquier prestatario de servicio durante las 24 meses anteriores a la fecha de la recolección de la información. También se incluyó la búsqueda de ayuda con la propia investigadora.

4.3 Recolección de la Información

Dada la naturaleza sensible del tema de investigación, fue necesario garantizar la confidencialidad de la información y la privacidad del ambiente de la entrevista, ya que la ausencia de esta garantía podía ser un serio obstáculo para la obtención de la información.

Las informantes claves no solo eran personas con experiencia de episodios violentos, sino también aquellas que habían iniciado la ruta crítica en cuanto a la búsqueda de solución.

Aunque la metodología cualitativa contempla una selección intencional, siempre existe el reto de identificar a las informantes. Por razón de confidencialidad, no se puede revisar expedientes institucionales para llegar de sorpresa al hogar de la informante; por razones de tiempo limitado, no se puede asignar una investigadora a cada institución para identificarlos prospectivamente.

Tomando en cuenta estas condiciones, la técnica de selección más indicada fue la de bola de nieve, la cual tiene los siguientes pasos:

1er. Paso: Identificación de posibles informantes mediante los prestatarios de servicio.
2o. Paso: Acercamiento a la informante candidata.
3er. Paso: Presentación de la entrevistadora,
4o. Paso: Realización de la (s) entrevista (s).
5o. Paso: Identificación de posibles informantes por parte de la entrevistada.

La confidencialidad, privacidad, explicaciones sobre el motivo de la investigación, el permiso de la entrevista, la presentación de la investigadora por el prestatario referente y el uso de una guía para la entrevista previamente acordada en el primer taller fueron los elementos imprescindibles en la aplicación de esta técnica.

En el caso de Panamá nuestra bola de nieve fue a través de los prestatarios de servicios y el quinto paso no ocurrió.

La metodología inicialmente tenía un esquema para determinar cuáles entrevistas a profundidad era preferible realizar. El esquema inicial era el siguiente:

Esquema para determinar entrevistas a profundidad

Tipo de Violencia	Rango de edades (por año)		
	15-19	20-49	50 o más
Física	N=6	N=6	N=6
Sexual	N=3		
Psicológica	N=5		
Patrimonial	N=3		
Total número de entrevistas	N=27		

2.1 Datos geográficos de Panamá y el corregimiento de Juan Díaz.

Los límites de la República de Panamá son : al Norte con el Mar caribe, al Sur con el Océano Pacífico, al Este con la República de Costa Rica y al Oeste con la República de Colombia. Recientes investigaciones del Instituto Geográfico Tommy Guardia indican que la superficie total de la República de Panamá es de 75, 517Km2. Según el censo de 1990 el número de habitantes es de 2,329,329 y esta población está distribuida en forma desigual y tiene dos áreas definidas: la urbana y la rural. El país está dividido en provincias. La mayor parte de la población está en el área Metropolitana de la provincia de Panamá, en la ciudad de Colón (adyacente a la anterior) y en dos distritos La Chorrera y Arraiján, que también pertenecen a la provincia de Panamá.

Panamá tiene nueve provincias y una comarca. Cada provincia se divide en distritos y cada distrito en corregimiento.

Para esta investigación la comunidad escogida es el corregimiento de Juan Díaz, el cual pertenece a la provincia de Panamá. Fue seleccionado este corregimiento por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, el cual está enmarcado en el Proyecto Municipios Siglo XXI y para el desarrollo del *Plan Nacional de Atención- Prevención* por el MINSA.

Juan Díaz tiene una extensión de 35.6 Kilómetros cuadrados. Limita al norte con el distrito de San Miguelito, la Vía Domingo Díaz y el Corregimiento de Pedregal; al sur con el Mar Pacífico; al este con el Río Tapia y el corregimiento de Tocumen y al oeste con el Río Matías Hernández y los corregimientos de Río Abajo y Parque Lefevre. Tiene dos vías principales: Vía José Agustín Arango y Vía Domingo Díaz.

Tiene 10 iglesias católicas, y existen otros sectores religiosos con edificaciones propias.

Características Socio-demográficas de Juan Díaz.

1. Población: según el censo de 1990 existe una población en Juan Díaz de 73,809 habitantes con 35,314 varones y 38,495 mujeres.

2. División Política: algunas comunidades del corregimiento son: Santa Clara, Campo Limberg, Jardín Olímpico, Bello Horizonte, Villa Catalina, Villa Alicia, Don Bosco, Colonias del Prado, Villa Las Acacias, Pedregalito, Altos de las Acacias, Concepción Municipal, Nueva Concepción, Ciudad Radial, El Porvenir.

3. Grupos Socio-Económicos: son heterogéneos. Varía de acuerdo al sector. Pueden encontrarse personas de buenos ingresos y profesionales así como personas sin terminar la secundaria y desempleados. La comunidad tiene una población de personas mayores de 18 años de 47,896. De estos 26,117 están ocupados y 3,851 desocupados.

4. Servicios de salud: cuenta con un Centro de Salud y una Policlínica del Seguro Social. Ambos trabajan con un proyecto de reformas al sector y se espera que haya coordinación entre ellos .

5. Estructura y Gobierno Local: está constituido por la Junta Comunal, Juntas Locales, Comité de Salud, Corregiduría. Existen un total de seis casas comu-

nales en todo el corregimiento ubicadas en diferentes sectores de la comunidad.

6. Educación: en el corregimiento hay ocho escuelas primarias, cuatro colegios secundarios públicos y seis colegios privados.

7. Deporte: existen algunos coliseos deportivos como el Gimnasio Nuevo Panamá y el Estadio Rommel Fernández. También está el Hipódromo Presidente Remón.

8. Instituciones Gubernamentales: el corregimiento cuenta con Oficinas de Correo, Trabajo Social, Centro de Salud, Policlínica del Seguro Social, Fuerza Pública, Policía Técnica Judicial (PTJ), Banco Hipotecario, Instituto Nacional de Telecomunicaciones (INTEL), Instituto de Acueductos y Alcantarillados(IDAAN), Instituto de Recursos Hidráulicos y Electrificación (IRHE), Ministerio de Obras Públicas (MOP), Instituto Nacional de Deportes (INDE), dos Cementerios Municipales. Cuenta además con una biblioteca y un parque.

9. Actores sociales de la comunidad de Juan Díaz que realizan acciones en relación con la violencia intrafamiliar: De un total de 45 organizaciones locales de desarrollo social, luego de un trabajo de investigación realizado bajo auspicio de la OPS-OMS, califican ocho organizaciones como actoras actuales, once como potenciales y veintiséis como no actoras.

2.2 Situación de la violencia en Panamá:

Entre las consecuencias de la Violencia Doméstica, encontramos:

1. Muerte de la mujer por homicidio o suicidio
2. Muerte del hombre por homicidio o suicidio
3. Parricidio
4. Suicidio de las (os) menores
5. Lesiones personales
6. Enfermedades físicas prevenibles
7. Aborto provocado
8. Embarazo producto de abusos sexuales
9. Incesto
10. Maltrato infantil
11. Abuso de Sustancias Psicoactivas
12. Fracasos escolares
13. Delincuencia juvenil
14. Depresión y otros síntomas psiquiátricos
15. Divorcio
16. Enfermedades venéreas.

Esta lista pone en evidencia que las secuelas en el terreno de la salud, la educación, el legal son numerosas. El problema trasciende a la familia involucrada en la situación de violencia.

El Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria, publicado en marzo de 1996 bajo auspicio del Ministerio de Salud y OPS expresa que en los lineamientos políticos y estratégicos del

Ministerio de Salud (1994) que priorizan los principales problemas de salud se señala la violencia como un problema de adaptación social y se destaca el incremento de la violencia y el abuso de la mujer, el adolescente y el niño.

Añade que el costo social de los actos violentos representan una gran preocupación y demandan servicios de los sistemas de atención policial, legal, de salud y de asistencia social.

Los servicios de salud atienden una alta proporción de las consecuencias tanto directas como indirectas de la violencia y por lo general se atienden solamente las lesiones físicas más graves sin relacionarlas con el problema psicosocial.

La violencia produce una serie de trastornos tanto físicos como psíquicos que paulatinamente van destruyendo a la persona. En el ambiente en que se produce tiende a multiplicarse ya que la violencia puede ser aprendida e imitada.

No hay una especialidad de la medicina y disciplinas afines que no se involucre de una u otra manera en la atención de la persona víctima y de la ofensora. Era preciso reconocer que la violencia también es una problema de Salud Pública. Sin embargo se anota en el Plan Institucional de Atención que la violencia como problema de salud pública no ha sido asumida totalmente y de manera consciente por todos los profesionales del sector, ni existe unidad de criterios sobre las acciones a seguir por los técnicos, que en ocasiones se basan en creencias, valores y normas y justifican la violencia, desde su óptica personal.

Aunque las estadísticas mantengan cifras obscuras, los medios de comunicación, sobre todo los periódicos locales, nos evidencian cada día la gravedad del problema y cómo también los panameños y panameñas hemos adquirido la «Cultura de la Violencia».

La violencia ha aumentado en todas las áreas: criminal, social,e intrafamiliar.

La violencia intrafamiliar hace de los hogares, lugares inseguros y de las familias, grupos de frustrados, infelices, traumados lo que deteriora cada vez más un desarrollo óptimo de la personalidad.

Según informes trimestrales de las denuncias recibidas por la Policía Metropolitana de la Ciudad de Panamá, en los dos primeros trimestres del año 1995 se han denunciado en la policía metropolitana de la ciudad de Panamá *274 casos de agresión física., 324 agresiones por hurtos, 94 amenazas verbales, 42 casos de ultraje y más de 10 casos de atropello y fuga.* Las riñas en las calles, los traumas supuestamente "accidentales" que se atienden en los cuartos de urgencias, las violaciones sexuales y otros abusos de este orden, el maltrato a los niños y niñas, los maltratos intrafamiliares no suelen ser registrados, y algunos de estos ni siquiera reconocidos como actos de violencia.

2.3 Contexto legal panameño:

Nuestra Constitución confiere a las autoridades la obligación de garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías individuales y sociales de los (as) panameños (as). En ella se establece que tenemos todos los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos firmada por todos los países miembros de las Naciones Unidas. En estas garantías se incluyen la libertad de cultos y la libre expresión de pensamiento.

El código de la familia

La Ley 3 del 17 de mayo de 1994 establece que los principios fundamentales para la aplicación e interpretación del Código de la Familia son la unidad familiar, la igualdad de derechos y deberes de los cónyuges, la igualdad de los hijos y la protección al menor. Esta Ley empezó a regir a partir del 3 de enero de 1995.

La Ley 27 del 16 de junio de 1995

«Por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato de menores, se ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención de las víctimas de estos delitos, se reforman y adicionan artículos al Código Penal y Judicial, y se adoptan otras medidas».

Esta Ley es innovadora pues previo a ella los maltratos físicos y psicológicos unicamente que fueran considerados de gravedad, eran atendidos como lesiones personales que podían «pagarse» con días, multa. En la actualidad, el artículo 215 A dice: «El miembro de una familia que agreda física o psicológicamente a otro miembro, será sancionado con 6 meses a 1 año de prisión, o con medida de seguridad curativa, o con ambos».

Asimismo se amplía el concepto de familia al considerar:»son miembros de una familia, las personas naturales unidas por el vínculo de parentesco o matrimonio y quienes convivan con ellos de manera permanente, con exclusión de aquellos cuya convivencia está fundada en vínculos de carácter contractual».

Convenios internacionales

Como ya anotamos, Panamá debe cumplir con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pero también lo debe hacer con los Derechos del Niño y en el caso de las Mujeres, Panamá es uno de los países que ratificó la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer en la Convención de Belem Do Pará.

En la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud los países miembros, Panamá entre ellos, consideraron la violencia como un problema de gran magnitud y relevancia en la región de las Américas y se estimó que el sector salud debe contribuir a la búsqueda de soluciones y la aplicación de medidas para promover una cultura no violenta, de prevención y control de todas las formas de violencia.

Régimen municipal

El Municipio es el gobierno autónomo de cada distrito. El Alcalde es el jefe de la administración municipal y nombra a los corregidores, quienes son funcionarios administrativos que contribuyen al desarrollo armónico de la comunidad y ayudan al Representante del Corregimiento en esa misión. En las comunidades donde no existen corregidores ni policías nacionales, encontramos a los regidores quienes contribuyen a guardar el orden y mantener la tranquilidad en sus comunidades.

Ministerio Público

El Ministerio Público lo ejerce el Procurador General de la Nación y el Procurador de la Administración, los fiscales y personeros y por los demás funcionarios que establece la Ley.

El Ministerio Público es el llamado a investigar y denunciar los delitos y contravenciones a las disposiciones legales. La Violencia Intrafamiliar y el maltrato a menores son delitos según la Ley 27 y es obligación de esta institución su atención.

Por eso se establecen las dos fiscalías de familia que a partir de 1995 se encuentran funcionando en la ciudad de Panamá. En el resto del país serán las fiscalías de circuito o las personerías quienes atenderán estos casos. Esto no excluye de su participación a las corregidurias. En sus comunidades los (as) corregidores (as) podrán aplicar las medidas de protección a la víctima e incluso de detención a la persona agresora pero harán traslado de la denuncia al sistema legal que investiga los delitos, es decir, al Ministerio Público. Entre las medidas de protección la orden de desalojo de la vivienda, las pensiones alimenticias y las boletas de protección son algunas de las acciones inmediatas que se pueden realizar.

La boleta de protección es un documento que se expide a favor de la víctima contra su agresor y ante cuya presentación el policía deberá proceder al arresto.

Mediante el artículo 357 del capítulo IV del Título XIV del Libro Primero del Código Judicial: «*Se crea el Instituto de Medicina Legal, de carácter nacional, adscrito a la Procuraduría General de la Nación y que forma parte del Ministerio Público*». Es importante anotar que el IMEL realiza exámenes médicos físicos y psiquiátricos tanto de las víctimas como de agresores (as) y hasta de testigos pero debe existir una orden judicial. Ninguna persona puede acudir a solicitar este examen ni debe ser referida de centros médicos. Es necesario que la autoridad competente ordene el examen debido a su carácter pericial. Esta institución no es tampoco la llamada a tratamientos, pero sí puede recomendarlos en su pericia.

3. ESCENARIO DE LA RUTA CRITICA

Cada una de las mujeres que entrevistamos había ya iniciado su ruta crítica por lo cual conocer el escenario donde ellas buscaron ayuda para tratar de resolver su problema de violencia era imprescindible.

Los escenarios de la ruta crítica han sido los siguientes:

Sector Salud
Sector Legal-Policial
Sector Educación
Sector Comunidad - ONG

La metodología de la investigación nos lleva a conocer el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios desde dos ángulos distintos: las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar que son quienes en algún momento acuden a estos servicios; y, los prestatarios de estos servicios.

Para las mujeres los resultados, que en algunos casos coinciden con los prestatarios, son los siguientes:

En el sector **salud** el lugar más accesible ha sido el Centro de Salud y pocas de ellas han acudido a la Policlínica del Seguro Social del sector, una fue a médico privado y otras estuvieron en hospitales todos los cuales quedan fuera del sector estudiado.

El acceso en el sector **legal** no era difícil por encontrarse la corregiduría en el área, pero cuando había que hacerse un examen médico legal, la institución se encontraba lejos.

La **policía** les era accesible por tener una subestación en el área. Los **juzgados** de menores, los de familia y nocturno las hacía desplazarse fuera del sector.

El acceso en el sector **educativo** era fácil porque la comunidad cuenta con varias escuelas y colegios.

A nivel comunitario no hay ONGs que trabajen directamente con el problema de violencia de las MUXVI.

Las mujeres afectadas refirieron que en algunos casos tenían que ir a las corregidurías de turno o a juzgados nocturnos porque fuera de hora laborable (de 8:00a.m. - 5:00p.m.) no se encontraba disponible la corregiduría del sector. El centro de salud tampoco estaba disponible fuera de horario laboral. El Cuadro 3.1 resume el acceso geográfico y la disponibilidad según el sector.

Cuadro 3.1 Acceso y disponibilidad de los Sectores Prestatarios de Servicios

Sector	Accceso Geográfico	Disponibilidad
Salud	Centro de Salud y Policlínica de fácil acceso	Horario laboral: de lunes a viernes-disponible, fuera de ese tiempo no estaban disponiles el Centro de Salud
Legal Policial	Corregiduría y policía de fácil acceso, fiscales de Familia, Juzgados e Instituto de Medicina Legal fuera del área	Todos disponibles en hora laborables. Fuera de estas debian ir a corregidurías de turno y juzgados nocturnos
Educación	Fácil acceso en el área	Poca, falta de interés
ONG	No hay en el sector. Deben trasladarse fuera de la comunidad	Disponibilidad en horarios laborales

Como se observa, la existencia del centro de salud y la corregiduría en la comunidad de la MUXVI no garantizaba que el escenario de la ruta crítica fuera exclusivamente en el sector en estudio, ya que otras instituciones necesarias se hallaban fuera de este y ella tenía que desplazarse como en el caso del Instituto de Medicina Legal, los Juzgados y las Fiscalías de Familia. Esto traía como consecuencia que el escenario se convirtieran, en algunos casos, en un camino complejo y dificultoso:

Corregiduría de Turno - Corregiduría - Instituto de Medicina Legal - Corregiduría
(a veces fuera del sector) (de su sector) (distante) (de su sector)

En cuanto a la calidad de servicios de los escenarios donde se desarrollaban la ruta crítica, las mujeres afectadas se expresaban de diferentes modos.

En estructura y funcionamiento decía una afectada :

«Inclusive una vez que estábamos peleando yo agarré un short, con ropa de entrecasa y me fui a pedir ayuda y no me quisieron dejar entrar porque yo estaba en short y ese día yo me escapé porque él me cerraba la puerta, porque él me tiraba fuera, esa fue la vez que yo estaba en short, yo fui con la bebi que estaba chiquita. Entonces, me tiraba afuera esa fue la vez que estaba en short con la bebi y yo fui a pedir ayuda y no me atendieron".

Ella misma dice:

«Sí, porque tiene un letrero que no puede entrar ni en rollo, ni en chancletas, pero imagínese en un caso así, uno no tiene tiempo de nada. "

Por su lado, una señora refería:

«Sí, porque, mire por ejemplo, mi idea fue ir a la corregiduría, yo debería ir a la corregiduría y explicarle para ver en qué me pueden ayudar verdad?, pero entonces uno va, uno, dos, tres, cuatro, cinco horas allí perdidas y entonces cuando uno va tiene que hablar delante de un montón de gente escuchándole el problema de uno, exhibiéndolo a uno y al final viene el Corregidor y te da una boleta, a esperar que le de la gana de firmarle la boleta a uno..»

Cuando leemos las transcripciones de las entrevistas encontramos que en los diferentes items para valorar la calidad hay algunas respuestas que coinciden y otras que no, pero que en términos generales la mayoría se queja de la calidad de la atención en la corregiduría, que también es el lugar a donde ellas han asistido en casi su totalidad.

Las quejas son en diversos sentidos. Horario limitado de atención con días especiales para que el corregidor hable con ella, una deficiente capacidad resolutiva con poca eficacia en la búsqueda de ayuda y una respuesta adecuada.

Tanto en el juzgado nocturno como en las corregidurías es importante anotar que las MUXVI debían contar sus problemas al personal (secretaria, juez) sin privacidad alguna. Se les refería para atención con una trabajadora social del municipio cuyas citas eran de plazo prolongado, se les refería a exámenes forenses en el Instituto de Medicina Legal y como ocurrió con una MUXVI al llegar allí le dijeron que no había cupo y debía volver días después cuando, quizás, sus golpes ya no estarían visibles.

Aunque sólo una MUXVI nos refirió su atención con abogado privado, la calidad de su servicio deja mucho que desear según la propia afectada:

«Era mi abogado, él en la custodia del bebi no hizo nada, todas las resoluciones no iba, no se notificaba así que dejó pasar todo, cuando yo me di cuenta ya había perdido al niño, lo mismo hizo en el divorcio, entonces cuando yo me entero de todo yo cambio de abogado, el mismo día de la audiencia, llamaron en la tarde para decirme que a las nueve de la mañana tenía audiencia, cuando yo no tenía abogado, no tenía nada, tuve que correr con el abogado que tenía entonces para la custodia del bebi, hacer un papel donde yo quitaba a uno para poner al otro, no me lo aceptaron, así que la audiencia siguió sin nosotros.»

La aplicación de fianzas, la entrega de boletas de citación, de captura o de protección eran algunas de las medidas tomadas por el corregidor al no existir un modelo de atención específico. Encontramos que algunas mujeres eran atendidas y se les daba alguna solución. Otras no eran atendidas y se les decía que su caso no se atendía allí y otras recibían respuestas que no le daban ningún resultado.

De las Fiscalías de Familia se habló sobre un mejor trato personal, pero ninguna respuesta, quizás porque a quienes entrevistamos en ese momento empezaban su ruta crítica en esta institución.

Sobre el Instituto de Medicina Legal, en términos generales, no hubo quejas de la calidad de atención sino de la disponibilidad que ya hemos anotado.

La calidad del servicio recibido de la policía se valoraba en formas diferentes.

Ejemplo:

«No, no, si en problemas de marido y mujer nosotros no nos metemos, usted tiene que ir al juzgado nocturno»

Era una respuesta recibida. Y en este caso la señora les decía:

« Y cómo voy al juzgado nocturno si ese hombre no me deja salir de aquí. Ella había llamado por teléfono. En otra ocasión que ella tenía una boleta de conducción y su marido se negó a salir, el guardia le respondió. *«yo no puedo hacer más nada, si él no sale de su casa, yo no puedo entrar a buscarlo . Mire hasta se puso bravo el guardia porque yo le dije, estoy decepcionada de la Guardia Nacional»* , nos comentaba. En el otro sentido una señora dijo sobre la policía:

«Bien, o sea, ellos siempre tienden a proteger más a la mujer. Sí, porque cuando él trata de hacernos algo, yo llamo a la Policía de una vez lo agarran preso»

En el escenario salud, al referirse a un psiquiatra privado la afectada dijo :

«Nunca salí satisfecha de allí, prácticamente estaba contando los minutos para terminar la sesión, porque él, como son citas por tiempo limitado».

En el sistema de salud gubernamental las citas suelen ser prologadas y en términos generales las mujeres consideraron que no son escuchadas, aunque algunas de ellas se sintieron bien tratadas. Otras no habían acudido a este escenario (salud).

En el cuadro 3.2 intentamos plasmar las características de la calidad de los diferentes servicios, según las MUXVI.

Cuadro 3.2
Calidad de los diferentes sectores prestatarios de servicios según las mujeres afectadas por VIF

Calidad	Salud	Legal	Educación	ONG
Barreras Económicas	No refirieron	Pérdida de tiempo y permiso de trabajo	No refirieron	No refirieron
Culturales (creencias valores, mitos, idioma)	No se escucha a las víctimas porque el problema no es del prestatario	En peleas de marido y mujer no hay que meterse, creen más al agresor	No refirieron	No refirieron
Información	Deficiente	Deficiente	No dan ninguna	Orientan
Estructura y funcionamiento	Una dijo que iba a citas de medicina privada con tiempo controlado. Otra que el doctor la escuchó. En un caso la estructura de funcionamiento consistía en manejo multidisciplinario. En otro caso se atendía la consulta física y nada más.	Restricciones en el horario, el vestido y arreglo de cabello. Impedimento de estar con los niños. Falta de privacidad. Las boletas las lleva la víctima al agresor.	Se habla con la madre del estudiante y se le envía al psicólogo.	Se le atiende, se les refiere a programas de autoayuda, se les acompaña a la corregiduría.
Capacidad resolutiva	Poca solución al problema. Ayuda parcial	Generalmente no hay buena respuesta	Ninguna	Ninguna
Eficacia	Pobre	Generalmente Deficiente	Ninguna	A veces buena
Modelos de atención	No hay	No hay	No hay	Orientación grupos de autoayuda asesorías

En términos generales son accesibles los servicios de salud, legal-policial y educativo, no así del sector ONG. Sin embargo hay bastante distancia cuando se trata de Medicina Legal, Fiscalías de familias y juzgados. Fuera de horas laborales la víctima se atenderá en una corregiduría de turno que puede estar fuera de Juan Díaz o en un juzgado nocturno que no funciona en este corregimiento.

La disponibilidad está limitada por horario de labor, pero también porque hay días especiales de atención con el corregidor, las citas son prolongadas o el prestatario considera que no se debe meter.

La calidad de los diferentes servicios no se considera, en términos generales, buena. Hay deficiencias en su estructura y funcionamiento, en su capacidad resolutiva, en su eficacia, en un adecuado modelo de atención, en la transmisión de información, principalmente. Para una de las señoras la calidad del servicio tiene deficiencias que traen consecuencias y falta de respuesta ante la VIF ella nos dice:

«Bueno, la policía, ellos cumplen su papel que ellos le corresponde, castigar un delito, y no tienen en cuenta cuáles son, digamos, cuáles son las consecuencias que van a llevar a la separación de esa familia, de esos niños, de la esposa que queda sola y que después no se acuerdan de ella, una ayuda económica, una ayuda moral, una ayuda espiritual, de ninguna otra clase; nada más que bueno, les arreglamos su problema, si el hombre no quiere seguir con usted él si va para allí y usted se queda aquí en la casa o ustedes reparten la mitad que les toca y hasta allí llegó. ¿Qué pasa con esa pobre mujer que quedó desamparada o qué pasa con ese hombre que tuvo que quedar con tres o cuatro niños, nadie más se acuerda de él o si no lo meten a la cárcel y quedan los niños solos, sin mamá y el papá en la cárcel; entonces, yo no les veo ningún sentido».

Un escenario de ruta crítica también es la Iglesia. En nuestra investigación solo se habló de experiencia con la iglesia católica y la afectada acudió a una iglesia fuera del sector. Ella allí dijo sentirse aliviada .Se le exhortó a aceptar el regreso del marido le dijeron que lo llevara allí. No tuvimos oportunidad de ver mayor interrelación en este escenario.

De las entrevistas semiestructuradas a los (las) prestatarios (as) de servicio obtuvimos, en cuanto a la oferta de servicio, los siguientes resultados:

3.1.1 Sector Salud:

En el centro de salud recién empieza un Programa contra Violencia que está bajo la dirección de una médica general. Lo que generalmente ha ocurrido es que ante un caso de VIF se le daba referencia en psicología o psiquiatría. La oferta de servicio de la educadora para la salud es la de orientación y capacitación a la comunidad sobre el material de salud, pero directamente no atiende casos de violencia.

3.1.2 Sector Educación:

No hay una oferta de servicio definida para VIF. La orientadora ofrece su servicio de escuchar al estudiante si éste así lo desea.

3.1.3 Sector Legal:

El corregidor, ha señalado que su servicio es un *«cuarto de urgencia de casos de maltrato y violencia»*. Allí se ofrecen boletas de citación, conducción, protección, multas,

fianzas, desalojos, separación de cuerpo y pensiones alimenticias. La oferta de servicios incluye referencia a trabajo social de la junta comunal y al forense del Instituto de Medicina Legal.

En el Instituto de Medicina Legal, el médico forense realiza evaluaciones psiquiátricas, ginecológicas o de genitales, y física de víctimas y victimarios. También se ofrece referencia al psicólogo de la institución pero igual que en la parte médica es para evaluación con fines periciales. En cuanto al médico psiquiatra en su caso particular, él atiende víctimas de VIF y/o maltrato al menor en una ONG y en su propia clínica una vez por semana, pero eso es independiente del trabajo pericial.

La policía no pudo ser entrevistada porque el jefe de la subestación dijo que necesitaba autorización de sus superiores y no hubo respuesta posteriormente.

Hablamos con el jefe de la PTJ de Juan Díaz y él dijo que no hay oferta de servicio para víctima de VIF, pero en el caso de violencia sexual ellos pueden trasladar en sus vehículos a la víctima.

3.1.4 Sector comunidad - ONG:

Aunque entrevistamos al presidente del Comité de Salud y a una pareja responsable de una ONG del sector, ellos no ofrecen atención contra violencia intrafamiliar. En esta ONG su servicio ofrece la referencia o canalización de casos a otros escenarios tales como otra ONG que trabajan con la mujer, pero que quedan en otros sectores. Esta ONG sí tiene un programa que se llama Prevención del Maltrato al menor que es parte de un programa internacional en 13 países de América Latina y que recibe financiamiento internacional. La oferta específica del presidente del comité de salud incluye orientación a los usuarios, prevención y promoción de la salud y campaña de limpiezas.

En cuanto a la disponibilidad todos los prestatarios y su lugar de servicio tienen limitaciones en el horario. Funcionan de lunes a viernes y en un horario que concluye en horas de la tarde los prestatarios dijeron estar sobrecargados en programas y tener exceso de casos. Es decir la disponibilidad es limitada y en fines de semanas, días feriados y en horas de la noche no hay ninguna oferta de servicio y no se está disponible, excepto que se haga turno como es el caso de la corregiduría.

La calidad de servicios de los prestatarios se ve afectada por la función laboral que les toca desempeñar que a veces esta sobrecargada por la falta de capacitación que ellos mismos han solicitado a través de este estudio, por su baja capacidad resolutiva y su poca eficacia, por ausencia de programas específicos para atención de la VIF, excepto en el Centro de Salud de Juan Díaz en el cual como parte del Plan de Prevención y Atención de la VIF del MINSA, se ensaya un programa contra la VIF. No hay manejo interdisciplinario y cada escenario funciona aisladamente. No hay registros en ningún de los sectores de los casos de VIF, excepto en el Instituto de Medicina Legal en el cual hay tres documentos:

1. Formulario de Examen de Consulta Externa.
2. Registros diario de consulta médica Psiquiátrica.
3. Informe estadístico mensual.

Ninguno de los tres es exclusivamente de violencia intrafamiliar, pero cuentan con un item para registrarla.

En el Centro de Salud recibimos un documento de dos páginas para ser llenado en caso de sospecha de VIF y/o Maltrato al Menor. El machote utilizado ilustra los documentos obtenidos.

Machote de Identificación de Fuentes Documentales

ID	Institución	Informante	Fecha	Descripción del Documento (No. de páginas, si es fotocopia o anotado)
1	IMEL	Psiquiatra Forense	12-2-96	1 página, fotocopia,blanca se usa para anotar los casos de lesiones personales, tiene un renglón para maltrato. La llena un médico legal.
2	IMEL	Psiquiatra Forense	11-3-96	1 página, fotocopia, blanco, es para estadísticas diarias de psiquiatría forense y tiene 9 columnas, una de las cuales anota el delito y otra el diagnóstico médico.
3	IMEL	Psiquiatra Forense	11-3-96	2 páginas, fotocopia, blanco, registro de estadística mensual, lo llena secretaría y tiene dos renglones para anotar el número de casos atendidos por violencia intrafamiliar y maltrato infantil.
4	Centro de Salud de Juan Díaz	Médica General, responsable del programa contra la Violencia	4-3-96	1 página, fotocopia, blanco, es el formulario que debe llenarse para la sospecha de y maltrato infantil. Esta en validación en este Centro de Salud.
5	MINSA, Programa Mujer, Salud y Desarrollo	Jefa Nacional del Programa	22-4-96	3 páginas mimeografiadas, blanco,rosado y verde, similar al anterior,incluye algunos items más resultado de una validación reciente en el Centro de Salud. Debe quedar copia en registros médicos para las estadísticas y otra en el expediente de la víctima. El blanco se envia a Medicina Legal

Fuente: IMEL (Instituto de Medicina Legal)

En el escenario de la Ruta Crítica hay un elemento que decidimos resaltar. Nos referimos al proceso de atención pero visto desde el propio prestatario. No representa un lugar al cual la afectada llega, recibe un tratamiento accesible, rápido y efectivo sino que puede ser muy complicado. A través del prestatario se ve con toda claridad que no depende únicamente de la mujer poder salir de la situación de maltrato de la cual es víctima. Relataba una prestataria del sector salud:

«Y entonces, le di una referencia y la canalizamos a su área, ella pertenecía a Pacora, y para esto yo llamé a la Subdirectora médica (porque en ese momento yo estaba un poco más ignorante de qué procedimiento seguir). ¿Qué hacer, qué hacíamos con esta señora porque si la enviábamos al lugar de donde se originó el maltrato, doctora, que fue la golpiza que le dio el marido y todas esas cosas, si la regresamos a su casa, ¿a dónde la estamos regresando, doctora?»

A pesar de estas dudas, la mujer fue referida a su sector.

Tanto en el sector **salud** como en el **legal-policial**, los prestatarios nos explicaron que la afectada es referida a diferentes sitios y a otros funcionarios. Así, en salud se le refiere a Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, verbalmente a la corregiduría, a alguna ONG, a otros médicos para tratamiento específico como cuando se le manda al cuarto de urgencia del hospital general que le queda a varios kilómetros de distancia. Se le dan citas en las cuales «*allí quedaba todo, no sabíamos qué pasaba con esas pacientes, allí quedaba todo*». Observamos un frecuente apoyo en el equipo de salud mental por parte de los otros funcionarios y justamente en ese equipo el horario de psiquiatría tiene la particularidad de ser de tiempo parcial.

En el sector **legal-policía**, en la corregiduría primero es atendida por la secretaria, luego el corregidor. Se le da boleta de citación para que ella la lleve a su agresor y puede ser acompañada de un guardia al cual ella también debe buscar.

Si está golpeada se le refiere al IMEL y al volver si se considera el caso grave o de mayor amplitud se le remite a Fiscalía de Familia. También se refiere a trabajo social del Municipio. Antes de que se obligue mediante la policía a la comparecencia del agresor, debe haber obtenido tres boletas, excepto en casos que a juicio del corregidor, se ordene la detención del ofensor. En cuanto a la fiscalía, allí se le envía a la medicatura para exámenes forenses físico y psíquico. El fiscal entrevistado también las refiere verbalmente a ONG y las envía al cuarto de urgencia si las lesiones ameritan una atención en este sentido. El Instituto de Medicina Legal atiende solo con orden de una autoridad legal competente a la afectada y su labor termina allí, pero los dos entrevistados señalaron que les recomiendan su asistencia a una ONG y en casos de urgencia médica se procede a su traslado al hospital.

En el sector **educativo** la referencia de los (as) alumnos (as) es hacia el programa de salud escolar del centro de salud y a discreción de la orientadora y del propio estudiante, es decir, si este no quiere no lo refiere para que no se pierda la confidencialidad según se nos informó. En el sector comunidad - ONG no hay atención directa para las afectadas, pero los casos que se conocen indirectamente son canalizados, verbalmente por sugerencias a la mujer, al centro de salud, a ONG fueras del sector que trabajan con mujeres víctimas de VIF y a veces a la autoridad legal.

3.2. Representaciones Sociales

3.2.1 Comunidad:

Para conocer las representaciones sociales de la comunidad realizamos cuatro grupos focales:

a. Mujeres adultas, mayores de 30 años, con hijos (as).
b. Mujeres jóvenes, solteras, universitarias, sin hijos, sin empleo.
c. Hombres adultos, mayores de 30 años, con hijos (as).
d. Hombres jóvenes, solteros, universitarios, sin hijos.

En cuanto a los grupos de mujeres no hubo mayor dificultad en su cooperación, aunque el primero no tuvo la asistencia esperada por razones de horario . Resultaron de difícil convocatoria los grupos de hombres, particularmente de adultos. Debemos señalar que extendimos invitación a algunos profesionales como el Trabajador Social, un laboratorista, un ingeniero, un médico y un contable. Todos dijeron abiertamente que no o sencillamente no se presentaron.

Ahora bien, después de concretarse las reuniones de los grupos de hombres se estableció entre ellos un ameno intercambio y consideraron necesario aunar esfuerzos para prevenir y mejorar la situación de violencia de la comunidad.

En los 4 grupos se reconoció la existencia de la VIF , como un problema frecuente y casi todos coincidieron en que la forma más común es la psicológica, en adición a otras formas como la física, sexual, económica y verbal. Alguno habló de incesto y unos pocos hacían distinción entre lo psicológico y lo verbal. Lo verbal era lo identificaban como *lo hablado* y lo psicológico como *lo silencioso.* En el grupo 3,se decía:

«Ese tipo de violencia psicológica, ese tipo de violencia que yo le diría ambiental porque se siente en el ambiente cuando se llega a la casa» .

Para todos los grupos, las personas más afectada eran los hijos. También la madre descarga sobre ellos sus frustraciones por el maltrato o abandono de su esposo. No obstante, aclararon dos hechos: cualquier miembro de la familia puede ser afectado y con mayor frecuencia la agresión se dirige directamente a la mujer. Como agresores coincidieron en la figura del hombre, pero dijeron que también la madre, los hijos, la esposa, tíos y abuelos pueden serlo.

Solo el grupo de las mujeres adultas refirieron todas experiencias personales de violencia. En el de hombres adultos uno habló de tenerla siendo aún un joven de 17 años. Los otros dos grupos solo citaban casos conocidos de vecinos o amigos o casos hipotéticos. La violencia personal referida fue conyugal y de forma psicológica y verbal.

Al valorar la manifestación de violencia en la comunidad en el grupo se dijo:

« Yo digo que como estamos en un barrio más o menos alto hacemos todo discreto, hipocresía, porque en las casas a veces hay unos peleones y todo es bajo cuerda porque en mi casa hay pelea y se lo digo por mí, en mi casa hay pelea y yo trato que sea bajo, que no se hable alto ni nada, ¿para qué? para que el vecino no se dé cuenta»

Coincidía ella, al igual que otra señora que en las clases más bajas a la gente no le importa dar a la luz pública sus problemas y que en las barriadas de clase media el

maltrato era más discreto.

Hubo también coincidencia en los grupos de las causas de la VIF: problemas en la niñez con antecedentes de la VIF, consumo de alcohol y otras drogas, aprendizaje en la casa, falta de educación, hacinamiento, problemas económicos, patrones culturales, masoquismo (pocos dijeron esto) y machismo. El grupo 3 decía:

«Hay un alto índice de machismo en Panamá»

El grupo 4 : *« La violencia que yo más veo es la violencia de marido y mujer porque los maridos faltan al matrimonio, son parranderos, son machistas, tienen mujeres en la calle, desatienden el hogar. Cuando llegan a la casa hay problemas»..*

Las causas fueron más ubicadas en el hombre y el masoquismo y la falta de respeto en la mujer. Alguna habló de la suegra como la causante de la violencia de su marido.

Se enfatizó en el daño psicológico a los niños, el divorcio, el daño a todo el grupo familiar como consecuencia de la VIF. Una señora del grupo 1 dijo:

«La mujer, porque yo fui víctima y uno queda afectada psicológica, sentimental y física, he quedado por el piso, porque uno queda por el piso, le juro que uno aprende, uno siente, yo quedé siendo una porquería que pudo hasta causar mi muerte porque yo varias veces consideré hasta suicidarme».

No tenían conocimientos de ONG local, pero sí en otros lugares. Tampoco de centros especializados. Habían recibido información a través de medios de comunicación, de la experiencia personal o con otras personas, por alguien que le habló del tema y en el grupo de los universitarios, algunos por medio de sus docentes. El conocimiento no siempre era preciso como decían ellos mismos, pero aunque no pudieron cuantificar cuánta violencia hay, afirmaban que era un problema causado por las diferentes etiologías ya anotadas; alguno dijo que en nuestra sociedad existe violencia como una pequeña bomba de tiempo que al estallar podría desencadenar otros problemas. En cuanto a las leyes su información era poca e imprecisa, pero habían oído hablar del Código de la Familia y la Ley 27.

Los grupos coincidieron en que las opciones para salir están en la propia persona afectada, en la familia y en la sociedad. Se dijo que no habían soluciones mágicas, que se podía trabajar poco a poco, que hay que educarse, el tratamiento debe ser con experto y de terapia familiar, deben crearse nuevas leyes preventivas, una organización que integre a la familia, debe educarse constantemente a la comunidad, no debe aislarse a los afectados, debe haber charlas, mejorar el presupuesto, reunirse los miembros de la comunidad y hablar del problema, participar los jóvenes en programas con el centro de salud, educarse.

3.2.2 Prestatarios de Servicios:

Se realizaron 13 entrevistas semiestructurdas y en el machote se aprecian las mismas.

Machote de Identificación de Prestatarios de Servicios de Atención y Prevención

Institución	Puesto	Clave de Identificación
IMEL	Psiquiatra Forense	1 PAN/NES
IMEL	Médico Legal	2 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Coordinadora Proyecto contra la VIF	3 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Médico de Urgencia	4 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Enfermera de Urgencia	5 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Educación para la Salud	6 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Psicóloga	7 PAN/NES
C. de S. de Juan Díaz	Enfermera de Salud Mental	8 PAN/NES
Fiscalía Especializada en Asuntos de Familia y del Menor	Fiscal II de Familia	9 PAN/NES
Corregiduría de Juan Díaz	Corregidor	10 PAN/NES
Secundaria Elena Ch. de Pinate	Directora	11 PAN/NES
Comité de Salud	Presidente	12 PAN/NES
YMCA de Juan Díaz	Director del Programa de Prevención del Maltrato al Menor Directora del Centro de Orientación Juvenil	13 PAN/NES

El jefe de Policía del área no pudo ser entrevistado pues dijo necesitar autorización y aunque prometió solicitarla no recibimos ninguna respuesta.

Todos los prestatarios dijeron que sí había VIF en la comunidad de Juan Díaz y en el país e identificaron las formas de violencia física, sexual, psicológica y algunas de ellas la económica. Para la mayoría, la violencia física era la más frecuente; los

prestatarios de comunidad-ONG indicaron que era la psicológica y en el sector legal se mencionó que además de la física era frecuente la sexual (corregiduría) o la psicológica (psiquiatra forense).

Sobre las causas de la violencia intrafamiliar los prestatarios mencionaron múltiples, entre las más frecuentes tenemos:

- Dependencia económica de la mujer hacia el hombre
- Desnivel económico
- Falta de empleo
- Cultura de la persona
- Idiosincrasia
- Patrones generacionales aprendidos
- Machismo
- Alcohol y drogas
- Mala orientación de la niñez
- Poco nivel educativo, ignorancia
- Dependencia emotiva, amor a sus maridos.

En una menor frecuencia tenemos:

- Hacinamiento
- Razones psiquiátricas y psicológicas
- Actos provocativos de la víctima hacia el agresor
- Traumas
- Vanidad de la mujer de tener un hombre a su lado
- Masoquismo
- Pérdida de valores cívicos y morales
- La televisión
- Condición social de la persona
- Problema sexual
- Acostumbradas a que las traten mal
- Ignorancia
- Baja autoestima.

En resumen, se reconoció que había múltiples factores que al analizar están relacionados con la persona, la cultura, la educación y los problemas socioeconómicos. Llamó la atención dos términos empleados por el psiquiatra: «*conciencia machista*» en el hombre e «*ideas no realistas*» en la mujer, para explicar por qué el hombre agrede y por qué la mujer se queda en la situación de maltrato. Además fue el único que consideró al alcohol como coadyuvante y promotor y no como causa de la violencia.

Tres de los prestatarios tenían experiencias personales de VIF. Todos la tenían en su atención profesional de casos, pero en términos generales los funcionarios del sector legal (fiscal, corregidor, médicos forenses) eran los de mayor experiencia.

La mayoría no ha trabajado con el agresor y según el psiquiatra este acude al servicio porque la ley lo obliga y generalmente no acepta que tiene la culpa de la agresión que se le imputa, con la justificación de que la mujer no lo atiende, no tiene la comida lista, es muy coqueta, ella no obedece y él es quien manda.

En su experiencia ha habido desistimiento de la mujer lo cual está permitido por la Ley 27. A su juicio esto ocurre en la etapa de luna de miel de la VIF. Otros prestatarios

señalan que en sus experiencias el machismo, no asistir a las citas y las ideas no realistas de la mujer eran los mayores obstáculos para prevenir la VIF.

Algunos dijeron que las mujeres tenían miedo de hablar, que muchas veces ellas llegan a la consulta para atenderse por sus frustraciones sexuales, por la mala atención de su conyuge y por allí se conoce la VIF. Los problemas empiezan verbalmente y luego terminan en paliza lo que en algunas ocasiones ha impactado al forense por su dimensión. Los agresores no quieren asistir a las citas médicas. En los abusos sexuales. la víctima a veces no habla por las amenazas. El alcohol es promotor en la violación sexual conyugal. La mayoría de las víctimas que acuden a los servicios son mujeres y los agresores son hombres; pero la mayor agresora en los niños es la madre según algunos. La afectada suele estar deprimida.

Algunos funcionarios han recibido capacitación, a su vez ellos orientan a las afectadas a ONGs o servicios de salud, pero no le dan mayor información sobre el tema. Algunos otros no sabían cómo solicitar el examen forense. No hay estadísticas, pero sí se hacen esfuerzos por obtenerlas como en la fiscalía de familia y en el IMEL.

En el sector salud el servicio ha mejorado, pero todavía hay obstáculos de índole económico, además de la necesidad de seguir la capacitación. Existe la seria dificultad de que la impresión de VIF de la Fiscalía de Familia no siempre es corroborada en el examen médico legal por lo cual se hace más difícil la investigación y la aplicación de sanciones en el agresor.

4. LAS MUJERES AFECTADAS

Una labor fundamental en esta investigación era la realización de entrevistas a profundidad de mujeres afectadas por violencia intrafamiliar. Según el protocolo de investigación debían ser 27 entrevistas que incluyeran tipos de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial ocurridas en mujeres de 15 años en adelante. En la práctica tuvimos contacto con más de 27 mujeres, pero solo se completaron 20 entrevistas. Además, se incluyó una entrevista no terminada porque consideramos notable su contenido.

Las causas por las cuales no se pudieron obtener las otras entrevistas son:

1. Miedo manifiesto de dos afectadas.
2. Los familiares mandaron a Costa Rica a nuestro primer contacto.
3. Arreglo con su cónyuge (una).
4. No veía beneficio en la entrevista (una).
5. No hubo acuerdo en los horarios por razones de estudio y trabajo.
6. Desconocemos los motivos de dos de las señoras.

Las mujeres que aceptaron las entrevistas fueron muy accesibles, permitieron la grabación en audio, cooperaron desinteresadamente y compartieron sus experiencias y percepciones con nosotras.

El cuadro No. 4.1 resume quien fue el referente, la cantidad de mujeres afectadas según tipo de VIF y en paréntesis se incluye el número correspondiente a la entrevista.

Cuadro 4.1: Fuente de referencia de las mujeres entrevistadas y su tipo de violencia

Referente (fuente)	Afectada	Tipo VIF
Instituto de Medicina Legal	4(No.1,9,12,18) 3 (No.10,15,16)	Física Psicológica
Centro de Salud de Juan Díaz	1 (No.11) 3 (No.3,5,8) 1 (No.2)	Física Psicológica Patrimonial
Corregiduría de Juan Díaz	1 (No.6) 3 (No.3,5,8) 3 (No.13, 20,21)	Física Psicológica Patrimonial
Red Contra la Violencia (ONG)	2 (No.7,17)	Física
Clínica Privada de Juan Díaz	1(No.4)	Psicológica

Podemos reconocer en este próximo cuadro el tipo de violencia versus la cantidad de mujeres que fueron contactadas:

Cuadro 4.2: Cantidad de mujeres entrevistadas según tipo de violencia

Tipo de Violencia	Cantidad de Mujeres Afectadas
Física	8
Psicológica	9
Sexual	1
Patrimonial	3

Es importante anotar que cuando las afectadas contaron sus experiencias vivenciaron otras formas de violencia además de la que motivaba la consulta con el o la referente que nos las remitía. Esto se apreciará más adelante.

4.1. Características de las mujeres afectadas

Las mujeres entrevistadas provenían de diferentes barrios de la comunidad de Juan Díaz que no hemos anotado en el cuadro 4.3 porque consideramos que podría hacerse evidente su identidad ya que incluimos muchos datos biográficos de las entrevistas