



Revista Electrónica  
Para Profesionales  
De la Conducta Humana

Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
Departamento de Consejería  
Para el Desarrollo Estudiantil

Junta Editora:

Dra. Alicia M. Ríos  
Dra. María I. Jiménez  
Dr. José Serra  
Dr. Ángel Villafañe

<http://revistagriot.uprrp.edu>  
[revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com)  
787-764-0000 Exts. 5683 / 5684

ISSN 1949-4742



# Revista Griot

VOLUMEN 3, No. 1, 2009



# Revista Griot

Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Decanato de Estudiantes  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

Dr. José Ramón de la Torre  
Presidente

Dra. Ana R. Guadalupe Quiñones  
Rectora  
Recinto de Río Piedras

Dra. Mayra Charriez Cordero  
Decana Interina,  
Decanato de Estudiantes

Profa. Raquel Maldonado Torres, MCR, CRL  
Directora Interina,  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

La Revista *Griot* es publicada una vez al año por el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil (DCODE) del Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. En cada número de la revista se presentan Artículos de Investigación que pueden incluir estudios tanto cuantitativos como cualitativos al igual que Teórico-Prácticos sobre otros asuntos profesionales. Los artículos sobre prácticas y estrategias en la consejería deben proveer una descripción clara del método, técnica, acercamientos o programa junto a una justificación adecuada y recomendaciones para la implementación en la práctica profesional. Aquellos sobre asuntos profesionales deben presentar un análisis profundo y discusión de asuntos vigentes relacionados a la práctica profesional. Todos deben estar escritos siguiendo las guías vigentes de estilo y redacción de la American Psychological Association (APA) tanto en contenido como en formato.

Revista Griot

© 2009 Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil. Distribución gratuita.

Envíese los artículos para publicación a la dirección de correo electrónico [revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com).

Revista Griot (ISSN 1949-4742)  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Decanato de Estudiantes, UPR - Río Piedras  
PO BOX 23137  
San Juan, PR 00931-3137  
Tel: 787-764-0000 Exts. 5683 / 5684  
Fax: 787-763-4885

## **Junta Editora**

Alicia M. Ríos Figueroa, Ed.D.  
Directora de la Revista

María I. Jiménez Chafey, Psy.D.  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

José A. Serra Taylor, Ph.D.  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

Angel Villafañe Santiago, Ed.D.  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil

## **Junta Asesora**

Dra. Haydee Domínguez Rodríguez  
Profesora, Programa Graduado Orientación y Consejería,  
Universidad Central de Bayamón

Dra. Priscila Negrón Morales  
Investigadora y profesora de Orientación y Consejería  
University of Phoenix  
Puerto Rico

Prof. Ramón Arroyo Carrión  
Bibliotecario Profesional  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

Dra. Mabel T. López Ortíz  
Profesora  
Departamento de Trabajo Social  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

Dra. Beatriz Rivera Urrutia  
Profesora  
Escuela Graduada de Consejería en Rehabilitación  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras

Dra. Carmen Rivera Medina  
Investigadora  
Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Recinto de Río Piedras  
Universidad de Puerto Rico

Dr. Rick Roessler  
Professor  
Rehabilitation, Human Resources and Communication Disorders  
University of Arkansas

Dra. Rosa Ana Clemente Estevan  
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación  
Universida Jaume I

## Política Editorial

La Revista Griot y el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil absritos al Decanato de Estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras publican artículos de investigación y teórico-prácticos en las disciplinas de consejería, psicología y trabajo social.

El profesional que someta artículos para publicación en la Revista Griot debe conocer que los mismos serán evaluados por un cuerpo de árbitros. El proceso de arbitraje está fundamentado en la revisión de los pares. Por tal razón la Junta de la Revista Griot respetará y aceptará las decisiones de los árbitros de manera que se mantenga la transparencia de este proceso. Para esto ha incorporado el sistema doble ciego donde los autores y árbitros serán anónimos.

Cada artículo se somete a la revisión anónima de por lo menos dos evaluadores, miembros de la Junta Asesora. Se requiere la aprobación de la mayoría de los evaluadores y de la Junta Editora para determinar la publicación de un artículo. Se le notificará al autor o autora la determinación final de publicación vía correo electrónico y/o postal. Los colaboradores aceptan que la Revista Griot publica sus textos en formato electrónico, incluyendo la Internet, para efectos de indización en bases de datos.

La Junta Editora llevará a cabo una pre-selección de los artículos recibidos tomando en consideración que todo artículo sometido a publicación deberá seguir las normas y guías de estilo establecidas por la más reciente edición del *Publication Manual of the American Psychological Association* (APA). Los artículos deben ser inéditos, es decir, no haber sido publicados anteriormente sus originales. Cada autor es responsable intelectual del contenido de su escrito, por lo cual releva a los integrantes de la Junta Editora y de la Junta Asesora de cualquier error u omisión de dicho contenido mediante documento escrito. Se aceptan artículos en español y en inglés. Además deben incluir un resumen de no más de 250 palabras e incluir de tres (3) a cuatro (4) palabras claves en inglés y español.

Todo artículo debe venir acompañado de una breve nota biográfica del autor o autores que incluya su nombre, preparación académica, afiliación institucional y la posición que ocupa, dirección postal y electrónica. La Junta Editora de la Revista Griot se reserva el derecho de seleccionar los artículos que serán publicados por tanto la acción de someter artículos no garantiza que serán incluidos en la Revista.

La dirección electrónica a la cual deben enviar los artículos para publicación es: [revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com) y deben ser dirigidos a la Dra. Alicia M. Ríos Figueroa. Una vez se haga la preselección, la Junta Editora someterá los trabajos a la revisión crítica de dos árbitros y una vez culminado el proceso de evaluación, Junta Editora informará por escrito a los autores su decisión y recomendaciones de los evaluadores.

La Revista Griot no reserva los derechos de publicación de los artículos. Los autores podrán distribuir su propio material en cualquier otro medio, siempre y cuando sea sin fines comerciales, informando a la Junta Editora que el trabajo será publicado nuevamente y dando el crédito correspondiente a la Revista Griot. La publicación de la Revista Griot por su carácter gratuito no da derecho a remuneración económica alguna a los autores. Los lectores podrán reproducir y distribuir los artículos o colaboraciones de la Revista Griot siempre que sea sin fines comerciales, no se les hagan alteraciones al contenido y se cite su origen con información completa: nombre del autor, Revista Griot, volume, número y página.

La Junta Editora, la Junta Asesora y la Universidad de Puerto Rico no se hacen responsables de las ideas y opiniones expresadas por los autores de los artículos o colaboraciones. Tampoco tiene control ni se hace responsable de los enlaces e hipertextos que en algunos artículos, posibiliten el acceso a prestaciones y servicios ofrecidos por terceros. Esta política editorial y de publicación no es reflejo de la posición oficial del Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil, ni del Decanato de Estudiantes u otras instancias de la Universidad de Puerto Rico.

# Índice

## Carta de la Editora

¡Un llamado a los profesionales de ayuda! 6

Dra. Alicia M. Ríos Figueroa

---

## ARTÍCULOS

Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento 9

Gladys Garay Sánchez, Angel Villafañe Santiago, María T. Miranda Ortiz y Rafael Tosado Acevedo

Historias de vidas de adultos que fueron testigos de violencia doméstica en su niñez: Reflexiones para un modelo de intervención 23

Cástula Santiago Medina

La violencia de género y su implicación con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS) 49

Gladys Garay Sánchez y Angel Villafañe Santiago

## Carta de la Editora

Alicia M. Ríos Figueroa, Ed.D., CPL, NCC  
Consejera Profesional  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
[revistagriot@gmail.com](mailto:revistagriot@gmail.com)

### ¡Un llamado a los profesionales de ayuda!

La consejería es un proceso de ayuda que tiene lugar a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas que reciben el servicio. Éstos últimos están protegidos por las leyes del país que reglamentan las profesiones de ayuda. La Ley 171 del 11 de mayo de 1940, según enmendada reglamenta la profesión del trabajo social. La Ley 58 del 27 de mayo de 1976, según enmendada reglamenta la profesión de los consejeros\* en rehabilitación. Por otro lado, la Ley 96 del 4 de junio de 1983, según enmendada reglamenta la profesión de la psicología. Los consejeros profesionales logran que su profesión se reglamente mediante la aprobación de la Ley 147 de 9 de agosto de 2002, según enmendada, después de un proceso de más de veinte años.

La profesión de la consejería es, por decirlo así, la recién llegada dentro del panorama legal que protege a los recipientes de los servicios de ayuda en la salud mental. La American Counseling Association, organización profesional que cobija a miles de consejeros en Estados Unidos de Norte América, presentó una definición de consejería en el 1997 que me parece inclusiva y que lee: *The application of mental, psychological or human development principles through cognitive, affective, behavioral or systemic intervention strategies that address wellness, personal growth, or career development as well as pathology.*

La American Counseling Association celebró en marzo de 2010 su convención en Pittsburgh, Estados Unidos. En ésta se indicó que veintinueve organizaciones afiliadas se reunieron en un momento dado con el propósito de acordar una definición en común que ilustrara lo que implica la consejería profesional y presentaron la siguiente: *Counseling is a professional relationship that empowers diverse individuals, families, and groups to accomplish mental health, wellness, education, and career goals.*

Y así, al reflexionar en cada una de las leyes que han establecido la reglamentación de las profesiones de ayuda en Puerto Rico, podemos declarar que las mismas se hermanan en los propósitos que las dirigen, es decir, ayudar al bienestar de las personas que se benefician de este servicio. Es por ello que no sólo es importante estar claros en cuanto a quiénes somos como profesionales de ayuda, qué se espera de nosotros y hasta dónde podemos llegar sino que es necesario proyectar o dar a conocer el desarrollo de nuestras disciplinas de trabajo. Ese

---

\* Para facilitar la lectura de este documento se estará utilizando el genérico masculino para hacer referencia a ambos géneros, excepto en los casos en que se identifique lo contrario. No se pretende implicar la supremacía de un género sobre otro.

conocimiento debe trascender hacia el entorno en donde ejercemos mediante comunicación eficiente y efectiva. **Y he ahí el puente que es necesario construir también entre nosotros, los profesionales de ayuda. Necesitamos comunicar a nuestros colegas la diversidad de áreas en las que estamos trabajando, los modelos y estrategias de intervención que aplicamos con diversas poblaciones para ayudar a las personas a crecer y alcanzar sus metas, es decir, ganar sentido de bienestar, sentido de logro, auto reafirmación, sanación, y apoderamiento (*empowerment*). Es un reto extraordinario que conlleva trabajar intensamente, de manera concertada y en colaboración con nuestros clientes para que estos diluciden y tomen decisiones sobre sus dilemas.**

Son muchas las interrogantes a contestarse en el proceso de planificación de la ayuda y del plan de intervención terapéutica. ¿Qué tipo de intervención, con cuál enfoque teórico, con qué tipo de población, ante cuáles situaciones, y cuáles son las variables a considerar? Es en el proceso de *assessment* o recopilación de información del cliente que el profesional de ayuda dedica tiempo en la ponderación o conceptualización del caso de forma que el producto resulte en el diseño de su plan de intervención terapéutica. Éste último debe armonizar con el plan de acción del cliente (metas) y las estrategias de acción para lograrlas. Es en esta fase que el profesional de ayuda, considerando las necesidades de servicio del cliente, decide el enfoque teórico a utilizar junto con las técnicas que la literatura señala que son idóneas. Y es aquí, precisamente en la implantación de esta fase, cuando resulta fundamental que las profesiones de ayuda se *hermanen*. Utilizo este término de familia para hacer énfasis en la importancia de compartir con generosidad los conocimientos que hemos adquirido a través de la academia, la investigación y *la experiencia*. Ello nos enriquece con información valiosa que debe divulgarse en la comunidad de profesionales de ayuda. ¿Cómo hacerlo? Mediante la redacción de artículos para publicar en revistas profesionales arbitradas, la participación como recurso en talleres, presentaciones en foros y conferencias, convenciones y otros medios de divulgación masivos.

En esta revista electrónica Griot, estamos realizando el esfuerzo de mantener un foro abierto para que ustedes, los profesionales de ayuda puedan comunicar a la comunidad internacional los resultados de sus investigaciones, sus análisis sobre temas relevantes sobre la profesión, y sus experiencias en su quehacer profesional con énfasis en la población de estudiantes universitarios.

En este número del año 2009 presentamos tres temas que tienen vigencia en nuestro tiempo y que nos enriquecen y ayudan en nuestro quehacer profesional. El artículo *Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento* se presenta el efecto que tiene el tratamiento clínico continuo en la conducta sexual de las participantes con VIH después de haberse intervenido con ellas aplicando un modelo de consejería grupal. Incluye las razones que pueden motivar o evitar que una mujer VIH positivo le divulgue a su pareja que ha contraído o es portadora del virus. En el artículo *Historias de vidas de adultos que fueron testigos de violencia doméstica en su niñez: Reflexiones para un modelo de intervención* se analiza el tema de la violencia doméstica el cual ocupa las primeras planas en los rotativos del país. En este artículo se describe cómo afectaron a los participantes dichas demostraciones de violencia. Además, se presenta a la consejería grupal como estrategia de intervención efectiva con personas que hayan sido testigos de

¡Un llamado a los profesionales de ayuda!

violencia doméstica en su niñez y que denoten no poseer resiliencia. En el artículo *Implicación de la violencia de género en la prevención del VIH y ETS* se presenta a la violencia como uno de los problemas sociales que afectan la población femenina, y en particular, cómo le afecta en su relación de pareja y salud en general, y cómo inciden las diversas manifestaciones de violencia en el contagio de la mujer con el HIV y ETS.

Esperamos que la información provista en este número de la Revista Griot contribuya a todas las profesiones de ayuda. Por tal razón, recomendamos un espacio para la ponderación en relación al trabajo que están realizando de manera que puedan nutrirse mediante la publicación de artículos que redunden en beneficio de la población a la cual servimos. ¡Adelante! ¡El llamado está hecho; acepta el reto!



## Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.  
Profesora y Consultora Independiente  
Educatora en Ciencias de la Salud Pública y la Conducta Humana  
[ggscuartest@yahoo.com](mailto:ggscuartest@yahoo.com)

Angel Villafañe Santiago, Ed.D., MRC  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
[angelpr39@gmail.com](mailto:angelpr39@gmail.com)

María T. Miranda Ortiz, Ph.D., MD.  
Docente  
Escuela de Tecnología Médica  
Facultad de Ciencias y Tecnología  
Universidad Interamericana Recinto Metropolitano  
[mmiranda@metro.inter.edu](mailto:mmiranda@metro.inter.edu)

Rafael Tosado Acevedo, Ph.D.  
Docente  
Escuela de Tecnología Médica  
Facultad de Ciencias y Tecnología  
Universidad Interamericana Recinto Metropolitano  
[rtosado@metro.inter.edu](mailto:rtosado@metro.inter.edu)

### *Resumen*

Este artículo trata sobre la reducción del riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo. Mediante el diseño y aplicación de una consejería grupal a mujeres de algunos Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud de Puerto Rico, se determinó el alcance del modelo de intervención. Se produjeron cambios significativos en la conducta sexual de las participantes. Se observó una mejoría en su autoestima y hubo cambios significativos en cuanto a sus creencias, su conducta sexual y el tratamiento. Mostraron actitudes positivas al considerar la posible revelación de su diagnóstico de VIH y adquirieron destrezas para la reducción del riesgo en la conducta sexual. Palabras claves: conducta sexual de riesgo, VIH/ SIDA, comportamiento sexual, estrategias de cambio, consejería grupal

### *Abstract*

This article is about risk reduction in sexual behavior of women receiving treatment for HIV. The impact of group counseling for women at several of the Department of Health's Centers for Treatment and Prevention of STDs is described in this paper. Changes in sexual behavior were observed as well as improvements in self-esteem, beliefs about sexual behavior, HIV treatment, and attitudes towards revealing their HIV diagnosis.

Key words: risk sexual behavior, HIV/ AIDS, sexual behavior, change strategies, group counseling

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) produce una condición de salud que afecta a las personas en su aspecto biopsicosocial. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es la tercera causa de muerte de las mujeres estadounidenses entre las edades de 25 a 34 años (McDonnell, Dilorio & Magote, 2006). De acuerdo con las estadísticas de VIH/SIDA en el año 2005, el contacto heterosexual fue el responsable del 80% de las infecciones nuevas diagnosticadas (CDC, 2007). El Informe de Vigilancia Sida del Departamento de Salud de Puerto Rico (enero, 2008) establece que el 82% de las mujeres con SIDA se encuentran entre las edades de 20-49 años. Esto sugiere que éstas contrajeron el VIH en edades más tempranas.

De acuerdo a estudios realizados la mujer tiene dos veces la probabilidad de adquirir la infección en comparación con los hombres (Hammer, 2005; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004). Este aumento es debido a la susceptibilidad en contraer infecciones genitales debido a las características anatómicas; ya que el sistema reproductor de la mujer es interno. Esto facilita que el semen contagiado con el VIH pase a la mucosa y a las paredes genitales femeninas (Ide, Sanford & Alpern, 2000).

Tomando en consideración la forma en que las personas se contagian (sangre, líquidos corporales y madre a hijo) el Centro de Control de Enfermedades (2008) y Hammer (2005), señalaron que la cantidad de virus puede ser medida mediante una muestra de sangre para procesar la carga viral. Wilson, et al. (2002) señalan que la cantidad de virus tiene como consecuencia una reducción de las células defensoras, un aumento en la infección y en el riesgo de transmisión al compañero sexual. McDonnell, Dilorio y Magote (2006) señalan que una carga viral baja correlaciona directamente con cantidades bajas de virus en el semen, los líquidos vaginales y la incidencia de transmisión sexual. Ello redundará en una cantidad alta de células defensoras (CD<sup>4+</sup>).

Existe evidencia científica que señala que, debido a que la mujer con el VIH/ SIDA recibe tratamiento clínico continuo, tiene grandes expectativas de vida y no muere con la frecuencia observada en las últimas décadas (Demmer, 2002; Erbeling, 2001; McDonnell et al., 2006 & Richardson, Milan, et al., 2004). Esta situación puede propiciar el que estas mujeres exhiban una conducta sexual riesgosa porque tienen controlada la infección con el VIH (Carr Paxton & Drew, 2002) lo cual resulta ser aún más preocupante cuando investigaciones han revelado que la conducta de alto riesgo aumenta cuando la mujer con el VIH participa del tratamiento clínico continuo y reduce su preocupación por la infección con el virus y en consecuencia, su conducta sexual (Demmer 2002; Fortenberry 2002; Kalishman 1999; Wilson, Gore, Greenblatt y Cohen 2004). Erbeling (2001); Fortenberry (2002); McDonnell y otros (2006); Weinhardt y otros (2004), Wilson y otros (2004) coinciden en que el tratamiento clínico continuo favorece el comportamiento sexual riesgoso, ya que, al restaurar su salud la persona comienza a considerar las actividades sexuales.

En Puerto Rico, de acuerdo con el Informe HARS *Reporting System* (junio, 2003- enero, 2008), las mujeres constituyen el 31% de los casos confirmados de infección con el VIH. Estos datos demuestran que las mujeres han estado activas sexualmente y pueden estar exhibiendo un comportamiento sexual de riesgo. Este planteamiento está basado en el hecho de que las decisiones sexuales de las mujeres con el VIH están enmarcadas en su contexto sociocultural (Rivero Vergne, 1995), como respuesta al uso de medicamentos antivirales, al uso de protección sexual y en lo relacionado a su decisión de divulgar o no su diagnóstico clínico de VIH. A este respecto, Paiva, Rosario Latorre, Gravato y Lacerda (2002) coincidieron en que el

contexto sociocultural en la mujer con el VIH es determinante en la dimensión de su vida sexual.

Por tal motivo se puede asumir que existe una asociación fuerte entre el aumento de la carga viral y el aumento en el riesgo de transmisión heterosexual. Diamond y (2005) y Rivero Vergne (1995) exponen que cuando esta situación se produce, la mujer con el VIH no se percibe vulnerable. De acuerdo con González (2002), las mujeres puertorriqueñas con el VIH ocultan su condición de salud porque están convencidas que la divulgación producirá una situación de confrontación con su pareja para llevar a y por esto no dialogan sobre sus condiciones de salud.

Debido a lo anteriormente expuesto es que se han promulgado leyes para proteger la confidencialidad, también el sistema gubernamental ha desarrollado programas para la prevención y el tratamiento de las personas no infectadas, infectadas o afectadas por el VIH/SIDA.

Como consecuencia se han desarrollado estrategias de prevención y de manejo de las conductas sexuales, como la consejería grupal. Esta es una estrategia para la adquisición de información, el desarrollo de propósitos y destrezas de vida. Glasser (2000) señaló que la experiencia grupal es un mecanismo adecuado para que la persona asuma la responsabilidad de sus acciones, hable de sí mismo y exprese sus emociones. Tomando esto en consideración, se realizó una investigación donde se diseñó y aplicó un modelo de consejería grupal para mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA en tratamiento clínico continuo.

## Propósito

Esta investigación tuvo el propósito de diseñar y aplicar un modelo de intervención de consejería grupal para conocer el efecto del tratamiento clínico continuo en la conducta sexual de la mujer con el VIH y el impacto del modelo de consejería grupal en la conducta sexual de riesgo.

## *Metodología*

Se utilizó un enfoque multimétodos (Ary, Jacobs & Razavieh,, 1989; Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2003) para llevar a -cabo este estudio. En la primera fase se diseñó un grupo focal siguiendo las recomendaciones de Krueger y Casey (2000) para obtener información sobre la conducta sexual que presentaban las mujeres con el VIH en tratamiento clínico continuo. El análisis del contenido de las expresiones de estas participantes permitió la categorización y abstracción de los temas de las sesiones grupales. La segunda fase consistió en el diseño y la aplicación de un modelo de intervención de consejería grupal y la administración de un cuestionario.

Las sesiones tuvieron una duración promedio de 80 minutos. En las sesiones participó un promedio de cinco mujeres con el VIH que se encontraban en tratamiento. Gladding (2004) plantea que para trabajar un cambio en la conducta y las actitudes mediante la consejería grupal se requiere de una serie de intervenciones. Por esta razón, se desarrollaron nueve sesiones

consecutivas, una por semana. En esta fase, las mujeres que participaron en el grupo focal no estuvieron en las intervenciones grupales.

La recopilación de la información en los grupos focales se llevó a cabo mediante preguntas abiertas tales como las siguientes: ¿cómo eran sus conductas sexuales antes y después de adquirir la condición del VIH?, ¿Qué desean hacer sexualmente?, ¿Cómo desarrollan su autoprotección?, ¿Cómo expresan su amor sin tener riesgos?, ¿Qué riesgos se encuentran al llevar a cabo prácticas sexuales?, ¿Qué ventajas y limitaciones tiene el revelar el diagnóstico?, ¿Cuáles son los beneficios de revelarlo?, ¿Qué destrezas se pueden desarrollar para reducir la conducta sexual de riesgo?. También se consideraron las respuestas de las participantes, las anotaciones y las observaciones hechas por la investigadora. Luego se procedió al análisis de la información abstraída del grupo de consejería y a una triangulación de la información conjuntamente con los resultados del cuestionario y la revisión de literatura.

El cuestionario incluyó información sociodemográfica y de salud en cuanto a aspectos clínicos de la condición del VIH (primeras ocho premisas). La segunda parte recopiló información sobre la actividad sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo (comprende once reactivos). La tercera parte contenía datos sobre diferentes aspectos de la conducta sexual que se midieron a través de una escala de sí o no. Entre los temas que se resaltaron en los reactivos se incluyeron la conducta sexual y de pareja (el riesgo sexual) y las prácticas sexuales desarrolladas. Aparecen los reactivos sobre el uso de protección sexual y la revelación del diagnóstico clínico a su pareja. Se incluyeron reactivos sobre la conducta sexual y su relación al tratamiento clínico continuo, si el tratamiento precipita la conducta sexual sin protección, si la mujer se protege mientras está en tratamiento clínico continuo y si el tratamiento afecta las actitudes y su conducta sexual.

## Muestra

El modelo de consejería grupal se desarrolló con ocho participantes de un Centros de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Transmisibles (CPTET) del Departamento de Salud de Puerto Rico. Los criterios de inclusión fueron: ser mujer con el VIH, estar en tratamiento clínico continuo y estar activa sexualmente. El grupo fue homogéneo debido a que ellas adquirieron la condición por contacto heterosexual y estaban en edad reproductiva. Los criterios de exclusión fueron: contagio homosexual y por adicción. El tamaño promedio de la muestra fue de ocho mujeres con el VIH.

## Procedimientos

Una vez se obtuvo autorización de las diferentes entidades para realizar la investigación, se procedió a la promoción para llevar a cabo la investigación, cernimiento de las candidatas y reclutamiento de las participantes. A las mujeres que aceptaron colaborar en el estudio se les presentó la hoja de consentimiento informado en la que se explicaba el propósito y beneficios del estudio, en qué consistiría su participación y aspectos de confidencialidad. Ellas completaron

un relevo de responsabilidad para propósitos de necesitar intervención en crisis y un contrato como compromiso de participar en el grupo.

Aunque las mujeres habían aceptado participar en el estudio, siempre se les ofreció la oportunidad de retirarse del mismo cuando lo creyeran conveniente debido a que se estaba grabando en cinta magnetofónica, decisión que no afectaría su tratamiento en el CPTET.

La intervención de consejería grupal se guió por la Teoría de la Elección de Willian Glasser (2000) y se utilizaron las condiciones medulares de consejería. En la primera etapa del proceso de ayuda las participantes establecieron sus metas para lograr un cambio en su conducta sexual. De esta forma las mujeres establecieron lo que querían y necesitaban del proceso de grupo. Luego se administró el cuestionario. En la segunda etapa de la consejería se condujo a las participantes a explorar sus conductas presentes para que se enfocaran en la dirección que iban a tomar y qué harían con su salud sexual.

Es en la tercera etapa que las participantes tuvieron la oportunidad de evaluar sus acciones para establecer un plan que les facilitaba el sentido de pertenencia, el poder, la libertad y el disfrute de su conducta sexual. Una vez establecido el plan, se estimuló a que las participantes desarrollaran un compromiso con su vida. A través de la consejería grupal se resaltó el poder y la responsabilidad de la mujer para cambiar su conducta sexual riesgosa. Se intervino para reducir la conducta sexual riesgosa mediante el desarrollo y la adquisición de las destrezas personales.

### *Datos socio demográficos y de salud*

La edad promedio de las participantes en el estudio fue de 35 - 45 años. Las prácticas sexuales dominantes fueron las relaciones sexuales vaginales (100%) y el sexo oral (88%). Al inicio de la consejería grupal, el 38 % de las mujeres reportó llevar a cabo relaciones sexuales anales de riesgo (38%). Se observó una reducción significativa en estas prácticas después de las intervenciones donde reportaron un porcentaje menor (14%). Al inicio de la consejería grupal el 38% de las participantes practicaban la masturbación mutua, pero al concluir las sesiones, sólo el 14% las llevaba a cabo.

En cuanto al estado de salud, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de VIH fue de cuatro a ocho años y recibían tratamiento clínico de uno a tres años. La mayoría de las participantes tenían un conteo de células CD<sup>4+</sup> mayor de 500 y una carga viral no detectable, menos de 75 copias. Estos indicadores del estado de salud son relevantes debido a que puede influir en el nivel de su autoestima. Si la persona mantiene su cantidad de virus baja y controlada conjuntamente con una cantidad de defensas adecuadas se sentirá más saludable, lo que le conduce a exhibir una autoestima alta (Díaz Vázquez, 2007).

### *Hallazgos*

Para conocer el impacto del modelo de intervención en consejería grupal, como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico

continuo, fue necesario estudiar los diferentes temas que influyen en la conducta sexual exhibida. Según Rachel (2006) la autoestima de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo determina la conducta sexual a exhibir. Esto se evidencia a través de algunas de las expresiones de las participantes cuando reconocían ser entes sexuales y continuaban con su vida sexual. Las siguientes expresiones recogen el planteamiento: “Antes no necesitaba medicinas y andaba con quién me gustara, las cosas han cambiado; ahora no estoy con cualquiera, pero me doy mi gustazo cuando lo necesito y casi siempre uso condones”. Otra de las participantes expresó que “mamar el pingo también es una alternativa pa’ cuando él no quiere usar el condón”; “si se tiene el virus controla’o y aunque no se use el condón, usando las pastillas, la relación por detrás es menos riesgosa, aunque incómoda”. A estas expresiones otra de ellas añadió que:

“a los hombres lo que les gusta es que les den pa’ bajo” [sic], queriendo decir, “que se lo mamen y que una se deje chichar” [sic]. “lo que les gusta es que una se deje penetrar por donde ellos quieran y que se lo tengan en movimiento todo el tiempo” [sic].

Estas expresiones reflejan que las participantes del grupo presentaban una autoestima afectada, lo que les impedía sentirse libres sexualmente y la argumentación de ideas incorrectas en términos del manejo de una sexualidad de menor riesgo. Esto también se evidenció cuando expresaron que tenían relaciones sexuales, pero se sentían asustadas durante el acto porque tenían temor de contagiar a su pareja y señalaron que, “al tener la relación, me da como un susto porque tengo miedo de contagiarlo”; “tengo miedo de que pueda contagiar a mi esposo porque me sentiría culpable de lo que le pase por mi culpa”.

Al aplicar el modelo de intervención en consejería grupal se observó un cambio en su forma de pensar para reducir el riesgo en su conducta sexual. Esto se observó cuando señalaron “ahora yo me siento más segura de que no puedo tener las relaciones sexuales sin protección y no me siento culpable, ni obligada como mujer a tener el acto cuando no uso el condón”; “soy joven y tengo que gozar el sexo, pero con cuidado”; “me gozo hasta más no poder con condones” y “soy responsable al tener mis relaciones sexuales”. También indicaron “ahora tenemos que protegernos más y tener siempre en mente el usar condones, y no sólo dejarnos llevar por la tentación y a lo rápido (a lo loco)”. De esta forma las participantes manifestaron responsabilidad, seguridad y compromiso en términos del manejo de su sexualidad.

### *Ideas erróneas sobre la conducta sexual*

Otro tema explorado para medir el impacto del modelo de consejería grupal, como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo fue el de las ideas erróneas sobre la conducta sexual y sobre la protección sexual. El hallazgo en este estudio demuestra que las mujeres tenían ideas incorrectas sobre la conducta sexual. Este mismo hallazgo fue encontrado en el estudio de Chiou y otros (2004) con una muestra de mujeres con VIH, que debido a su baja autoestima y sus ideas erróneas relacionadas a la sexualidad no revelaban el diagnóstico a su pareja, ni se protegían, mostrando así conductas de riesgo. Esto se evidencia a través de las expresiones de las participantes cuando explicaron qué ocurría cuando su pareja también tenía la condición. “Ya no tiene que

haber tanta protección sexual, ya no tiene de qué preocuparse porque los dos están infectados”, “sería mejor así porque no tendrían a qué temerle en la relación”, “todo depende de la carga viral y el tratamiento de él y las defensas tuyas, porque le puedes transmitir una mayor cantidad de virus, pero si el virus está controlado, todo estaría bien”. La realidad es que son ideas incorrectas sobre el manejo del VIH/SIDA debido a que el mantener relaciones sexuales con otra persona infectada aumenta el riesgo de una superinfección.

Cuando se analizan las distintas variables que pueden incidir en una conducta de riesgo el disfrute sexual de algunas mujeres se puede afectar. Algunas de las participantes durante el acto sexual tenían la intención de usar un condón, pero no siempre lo hacían. Esto se observa en las siguientes expresiones: “cuesta siempre tener que usar un condón; por eso, soy honesta no siempre lo uso”, “como estoy en medicamentos y tengo mis defensas altas, no necesito siempre los condones”, “porque a veces no se tiene el condón y una ya está caliente [sic]”. En el estudio de Paiva y otros (2002) y de Weinhardt y otros (2004) se obtuvo un resultado similar cuando las mujeres con el VIH informaron estar orientadas a cómo proteger a su pareja, reconociendo la importancia de utilizar el condón, sin embargo la conducta sexual riesgosa era la que predominaba.

Es probable que por esta razón, alguna de las participantes del estudio llevara a cabo el acto sexual y no se protegiera siempre, tal vez tratando de lograr el disfrute en su libertad sexual. McDonnell y otros (2006) informaron un hallazgo similar en su estudio, cuando observaron que las mujeres se desanimaban cuando debían llevar a cabo las prácticas sexuales que reducían el riesgo de contagio.

En cambio, tras la aplicación del modelo de consejería, las participantes mostraron más control y firmeza en las decisiones y un mejoramiento en la comunicación con la pareja. Este planteamiento se sustenta en una dramatización hecha por las mujeres en las que daban respuestas a los comentarios despectivos de las parejas cuando les mencionaban que querían usar el condón. Sus respuestas eran firmes para mantener el control de la relación:

“¿Con quién tú estás?”; decirle al oído, “sabes que te amo y nunca estaría con otro, amándote”. “¿estás diciéndome que yo estoy engañándote?”; o “sé que me amas y sé que no estarías con otra, amándome”.

Este hallazgo es acorde con los estudios de McDonnell y otros (2006) y Wubbolding y Brickell (2005) que encontraron que la intervención de consejería grupal es una estrategia efectiva para lograr cambios en la conducta sexual de riesgo.

Durante el desarrollo de la intervención de consejería grupal se demostró que la participación de las mujeres facilitó cambios significativos en la conducta sexual. Ello se evidenció cuando las mujeres informaron que habían reducido las prácticas sexuales de mayor riesgo, reconocían que tenían que utilizar el condón y que la comunicación con su pareja había mejorado hasta el punto de considerar revelar su diagnóstico, facilitando mejorar la autoestima. Evidencia de esto son las siguientes expresiones:

“ahora le digo a mi esposo que nos tenemos que proteger con más carácter”; “ya le dije que si no compra los condones con las franjas no le voy a hacer el felacio” [sic], (lamer y chupar el pene) y “al mío le dije anoche que no quería tener la relación porque él no se quiere proteger, y se quedó sin gozar” [sic]. Es importante señalar que algunas de las participantes desarrollaron prácticas sexuales de menor riesgo como besos en el cuerpo, abrazos y fantasías.

El análisis de las sesiones grupales mostró que las mujeres con mayor tiempo en tratamiento clínico continuo llevaban a cabo prácticas de mayor riesgo sexual. Resultados similares a éstos fueron descritos por McDonnell y otros (2006), Weinhardt y otros (2004) y Wilson y otros (2004), al señalar que el tratamiento clínico continuo reduce la preocupación por la infección con el virus, descuidando así la conducta sexual responsable.

La información revela que si la mujer lleva más tiempo con la infección puede descuidar su conducta sexual, por sentirse confiada con el tratamiento clínico continuo y usar un condón, sólo a veces. Por esta razón, McDonnell y otros (2006), Richardson y otros (2004) y Wubbolding y Brickell (2005) recomendaron llevar a cabo sesiones de consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual.

Aunque alguna de las participantes señaló que llevaba a cabo prácticas sexuales seguras en sus relaciones, incluyendo el uso del condón, hubo quienes consideraron que no se tenían que proteger sexualmente por estar en tratamiento clínico continuo, percibiendo que el tratamiento representaba una forma de reducción del riesgo sexual. Este hallazgo se avala con la expresión de “voy al grano ante lo que sea con el uso del condón si se tiene, porque me tomo siempre los medicamentos de la condición”.

McDonnell y otros (2006) y Weinhardt y otros (2004) informan un hallazgo similar cuando señalan que participar del tratamiento clínico continuo reduce el riesgo sexual.

Los hallazgos de que las mujeres exhibían una conducta sexual a riesgo por sus prácticas sexuales y que mediante su participación en consejería las modificaron, muestran el impacto del modelo de intervención en consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo.

Por lo tanto, se consideró que la participación de las mujeres en el grupo demostró cambios en las ideas y actitudes sobre el uso de condones y las prácticas sexuales. Estos resultados coinciden con los expresados por Morales (2005) quien consideró que las intervenciones conductuales reducen la práctica de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Hammer (2005) también apoyó este planteamiento cuando estableció que la consejería grupal es una medida adecuada para conseguir adherencia a las prácticas sexuales de menor riesgo.

Otro hallazgo importante, no esperado fue el de la revelación de diagnóstico a la pareja. Las mujeres expresaron su preocupación de que si le revelaban el diagnóstico a su pareja, ésta las rechazaría, por lo que algunas no lo hacían. Señalaron que: “es mejor esperar a tener una relación más formal porque si uno le dice, lo digo por mi experiencia, te dejan, ¡me han dejado dos veces!”. “Si le dices, corres el riesgo de que te abandonen o te rechacen estando juntos, o que te tengan pena”.

En el estudio de Varas Díaz y otros (2004), un hallazgo similar representó ser una consecuencia del estigma al observarse el deterioro de la relación interpersonal. Según Simbayi y otros (2007), el no revelar el diagnóstico a la pareja y no protegerse sexualmente indica poseer autoestima baja. Esto demuestra que estas mujeres pueden sentirse auto estigmatizadas por su infección con el VIH. Este planteamiento se evidencia por la expresión: “ahora vivo, pero tengo miedo de que pueda contagiar a mi esposo porque me sentiría culpable de lo que le pase por mi culpa.” “Si no se dice y se descubre, te puede golpear”.



Hallazgos similares a los de este estudio se observaron en otros estudios que señalan que las mujeres omitían el diagnóstico a su pareja por temor al rechazo, al abandono y a ser víctimas de actos de violencia, reduciendo exhibir una conducta sexual de menor riesgo (Diamond et al., 2005; McDonnell et al., 2006; Pugatch et al., 2004; Simbayi et al., 2007; Weinhardt et al., 2004).

Tal vez por esta razón, cinco de las participantes del grupo de sesiones informativas reportaron que omitir el diagnóstico denotaba temor en la pareja. Este planteamiento se recoge en expresiones como: “me daba miedo decirle”; “si uno no está segura de que lo ama, mejor es no decirle”. Esto reafirma el hecho de que algunas mujeres ocultaban la condición a su pareja por temor (Varas Díaz y otros, 2004).

Las participantes informaron que si recaían en la condición no podían recibir el apoyo adecuado; ya que, su pareja desconocía lo que les estaba sucediendo. Otras indicaron que “ayuda el saberlo para no crear las resistencias al medicamento y prevenir embarazos”; “la pareja necesitaría utilizar protección sexual siempre”. Los hallazgos de este estudio muestran que algunas mujeres con el VIH desconocen las implicaciones de revelar u ocultar el diagnóstico a su pareja sexual y cómo manejar esta situación. Esta información es muy relevante debido a que confirma lo que Simbayi y otros (2007) informaron en cuanto a que las mujeres ocultaban el diagnóstico porque carecían de las destrezas necesarias para llevar a cabo el proceso de revelar su diagnóstico.

En cambio, tras aplicar el modelo de consejería se observó que algunas mujeres presentaron las características de haber mejorado su autoestima; ya que, le revelaron el diagnóstico a su pareja y no se sentían culpables de llevar a cabo relaciones sexuales. Estos comentarios explican el planteamiento; “ya tú sabes lo que ocurre si él no se protege, los riesgos y las consecuencias, es cuestión de que tú decidas, qué hacer”. “Como hemos aprendido, recuerda que tú eliges”, “es una persona maravillosa y no quiero contagiarlo, sobre todo me quiere y me acepta con mi condición”.

Por consiguiente, mostraron cambios en su actitud en cuanto a la revelación del diagnóstico y en las destrezas desarrolladas para reducir el riesgo en su conducta sexual. En la fase final de consejería grupal, la mayoría de ellas informó que siempre mencionan a su pareja sobre su diagnóstico.

Esto es evidencia de que las sesiones de consejería son efectivas para la deseabilidad de revelar su diagnóstico (Demmer, 2002 y McDonnell y otros, 2006). Glasser (2000) apoya este planteamiento cuando establece que mediante la experiencia grupal se asume la responsabilidad de las acciones, expresando las emociones y proveyendo alternativas de acción.

## Desarrollo de destrezas de sexualidad responsable

Otro tema explorado fue el desarrollo de destrezas de sexualidad responsable. Al aplicar el modelo se encontró que las mujeres con el VIH informaron y demostraron que las destrezas adquiridas para llevar a cabo una conducta sexual responsable fueron: buscar ayuda profesional, usar condones y negociar el uso de protección. Esto se evidenció cuando una de ellas y apoyada por otras indicó que “tenemos la relación si te proteges, de lo contrario, no

puedo tener la relación”; esto evidencia el cambio del manejo de su sexualidad. La comunicación sexual, la autoestima alta y la asertividad fueron identificadas como destrezas a adquirir en el grupo de consejería grupal.

Durante una dramatización de cómo se debía negociar para convencer a su pareja de que utilizara el condón, las mujeres mencionaron comentarios despectivos que el hombre expresaba para no usar condones, “ese condón me queda muy apretado, búscate otro pene que le sirva”. Entre ellas ofrecieron respuestas asertivas demostrando el control en la relación: “este es diferente se ve pequeño, pero conozco muy bien tu tamaño y sé que das mi medida” [sic]. “mientras más apreta’o, más duro me lo metes” [sic].

Este ejercicio de dramatización apoya el impacto del modelo de consejería grupal para propiciar un cambio en la conducta sexual de riesgo. Este hallazgo está fundamentado en la Teoría de la Elección de Glasser (2000), quien señala que mediante la consejería grupal se adquieren destrezas en las que se demuestran el poder, el control y la responsabilidad sexual que facilitan el cambio en la conducta sexual de riesgo.

Las participantes del grupo de consejería pasaron por el proceso de enseñanza aprendizaje mediante las técnicas de dramatización, el humor y la autopercepción, las cuales son elementos claves en el modelo de intervención (Glasser, 1999). Las sesiones resultaron acertadas por las dinámicas producidas. A todas las participantes les agradó grandemente compartir con las demás y que fuesen las mismas mujeres las que tuviesen la oportunidad de orientarse, unas a las otras, por lo que sus metas se cumplieron. Las mujeres comentaron que les gustaría continuar con el grupo de consejería; la investigadora se lo notificó a la educadora en salud y a la enfermera de los centros. Este deseo se apoya en lo establecido por Yalom (1995), que mediante las sesiones grupales, se ayuda a las personas a adquirir un sentido de pertenencia y de ayuda mutua. Las mujeres de ambos grupos expresaron su interés en que se lleven a cabo actividades con sus parejas.

En resumen, el objetivo de diseñar y aplicar un modelo de intervención de consejería grupal para conocer el efecto del tratamiento clínico continuo en la conducta sexual de la mujer con el VIH se cumplió. Las intervenciones realizadas y las técnicas aplicadas según el marco teórico utilizado, facilitó el proceso de consejería grupal. Las dinámicas para la discusión del tema sexual fueron acertadas para que las participantes del estudio expresaran su comportamiento, actitudes y trajeran información relevante al objetivo de la investigación.

De acuerdo a los resultados, se logró potenciar un papel sexual femenino más activo, asertivo y responsable, que capacitara a las mujeres para facilitar la adopción de conductas preventivas en las situaciones de conductas sexuales de riesgo. Con el proceso de consejería grupal las mujeres adquirieron destrezas para la toma de decisiones informada, la negociación del uso correcto del condón con la pareja, la consideración de la revelación del diagnóstico, aumentar su conocimiento sobre la condición y el tratamiento y el mantenerse firmes ante la conducta sexual deseada.

Entre las limitaciones de este estudio se encontró que la muestra resultó ser muy pequeña debido a los criterios de inclusión; tratamiento clínico continuo y la edad reproductiva. Otra limitación se presentó al carecer de transportación para que las posibles participantes pudiesen asistir continuamente a las sesiones grupales.

## Recomendaciones

Se recomienda que las entidades de atención a las mujeres con el VIH/SIDA consideren aplicar modelos de intervención en consejería grupal para reducir el riesgo en la conducta sexual. Estas intervenciones permiten que las participantes puedan ventilar sus ideas, aclarar sus dudas, ampliar información y tener un foro para discutir temas pertinentes.

También se recomienda ofrecer adiestramientos a los profesionales de atención al VIH/SIDA sobre el impacto de la consejería grupal en la conducta sexual responsable en las mujeres (y de otras poblaciones) con el VIH.

## Referencias

Ary, D., Jacobs, L.Ch. & Razavieh, A. (1989). *Introducción a la investigación pedagógica*. México, D. F. Nueva Editorial Interamericana.

Blanco-Cedres, L., Pérez Rancel, M. & Osuna, Z. (2005). VIH/SIDA: conocimientos y conducta sexual. *Gaceta Médica Caracas*. 113 (3). Universidad de Salamanca, España. Salamanca, España.

Bradshaw, J. (2000) *Secretos de Familia*. Ediciones Obelisco, Barcelona, España.

Campo Arias, A., Díaz Martínez, L.A. & Ceballos Ospino, G.A. (2009). Variables relacionadas con respuestas inconsistentes en una encuesta sobre relaciones sexuales realizada a estudiantes de Santa Marta, Colombia. *Revista Ciencia Salud*, 1, 28-36.

Carr Paxton, K. & Drew, C. (2002). *Sexual Risk Behavior Among HIV-Seropositive and HIV- Seronegative Urban Women Living in Los Angeles County*. University County Los Angeles. Dissertation. Los Angeles, California.: EE.UU.

Casos de VIH confirmados por edad y género hasta el 30 de septiembre de 2008 (recuperado de [www.tendenciapr.com](http://www.tendenciapr.com)).

Center for Disease Control. (2007). *HIV among Hispanics/ Latinos*. Department of Health and Human Services. CDC- Atlanta, Georgia.

Centro para el Control de Enfermedades (junio, 2007). *VIH/SIDA entre las mujeres*. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC- Atlanta, Georgia.

Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades. (abril 2008). *VIH/SIDA entre los hispanos o latinos*. Departamento de Salud y Servicios Humanos. CDC- Atlanta, Georgia.

Corey, G. (2001). *Theory and practice of group counseling*. (5<sup>th</sup> Ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Chiou, P., Benjamin, K., Been, M., Ming, Y., Ing, S. & Chan, L. (2004). A Program of Symptom Management for improving Self-Care for Patients with HIV/AIDS. *AIDS Patients Care and STD's*, 18, 539-547.

Demmer, C. (2002). Impact of improved treatments on perceptions about HIV and safer sex among inner-city HIV-infected men and women. *Journal of Community Health*, 27, 63-74.

Diamond C, Richardson J, Milan J, Stoyanoff S, McCutchan J, Kemper C, Larsen RA, Hollander H, Weismuller P, Bolan R. California Collaborative Trials Group. (2005). Use of and adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behavior in HIV clinic patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39, 211–8.

Erbelding, E. (2001). Addressing Sexual Risk Behavior in HIV Clinical Practice. *The Hopkins HIV Report*, Johns Hopkins AIDS Service.

Faith, B. (2007). "This is Tobago": Social and cultural 'influencers' of HIV infections in Tobago. *Dissertation*. University of Pittsburgh. Gálvez-Buccollini, JA.,

Delea, S., Herrera, PM., Gilman, RH. & Paz Soldan, V. et al. (2009). Sexual behavior and drug consumption among young adults in a shantytown in Lima, Peru. *BioMed Central Public Health*, 9, 23.

Gladding, S. (2004). *Counseling: A Comprehensive Profession*. Groups in Counseling. 10. Pearson Merrill Prentice Hall. Columbus, Ohio.

Gladding, S. (1999). *Group Work: A Counseling Specialty*. Ohio: Prentice-Hall.

Glasser, W. (1999). *Teoría de la Elección: Una nueva psicología de la libertad personal*. Piados, Ibérica, S. A. Barcelona, España.

Glasser, W. (2000). *Counseling with Choice Theory: The New Reality Therapy*. Harper Callins Publisher, Inc. New York, NY.

Hammer, S. (2005). Management of Newly Diagnosed HIV Infection. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1702-1710.

HIV Aids Reporting System (HARS). *Casos de VIH confirmados en Puerto Rico desde 06/2003 hasta 01/2008*. Departamento de Salud de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Mc Graw Hill. México.

Holisoa Rahamefy, O., Rivard, M., Ravaoarino, M., Anaivoharisoa, L., Rasamindrakotroka, AJ. & Morisset, R. (2008). *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 5, 28-35.

Holstad, M.M., Dilorio, C., & Magowe, M.K. (2006). Motivating HIV positive women to adhere to antiretroviral therapy and risk reduction behavior: the KHARMA Project. *Online Journal of Issues in Nursing*, 11(1), 5.

Insúa, P. & Moncada, S. (2004). ¿Está cambiando el discurso sobre el uso de drogas en las instituciones?: Un programa de formación de formadores. *Revista Española de Drogodependencia*. Recuperado en septiembre 2010 de: <http://www.drogas.bioetica.org/drocion4.htm>.

Kalishman, S. & Nachimson, D. (1999). Self-Efficacy and Disclosure of HIV Positive Serostatus to Sex partners, *Health Psychology*, 18, 281-287.

Kalishman, S. (1999). Psychological and social behavior among men and correlatos of high – risk sexual women living with HIV/ AIDS. *Aids Care*, 1, 415-428.

Krueger, R. & Casey, M. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. 3<sup>rd</sup>. Ed. Sage Publications; San Francisco, California.

Ley HIPAA. (14 de abril de 2003). *Notificación de políticas de privacidad*. Lex Juris, Puerto Rico.

Marpheta, T. (2001). Counseling is better for the sexual reduction between Women HIV. *Newswise*, 14, 99-107.

McDonnell, M. Dilorio, C. & Magote, M. (2006). Motivating HIV Positive to Adhere to Adhere to Antiretroviral Therapy and Risk Reduction Behavior: The KHARMA Project. *The Online Journal of Nursing*, 11(1), 5.

Moser A. M., Reggiani C. & Urbanetz, A. (2007). Risky sexual behavior among university students in health science courses. *Revista de la Asociación ética de Brasil*, 53, 116-121.

Muñoz-Silva, A., Sánchez- García, M., Martines, A.T. & Nunes, C. (2009). Gender Differences in HIV Related Sexual Behavior among College Students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 485-495.

Olley, B., Seedat, S., Gxamza, F., Reuter, H., & Stein, D. (2005). Determinants of unprotected sex among HIV positive patients in South Africa. *AIDS Care*, 17, 1-9.

Organización Panamericana de la salud. (2005). Salud sexual parte de la salud integral. *Conferencia sobre los Comportamientos Sexuales*. PAO.

Paiva, M. Rosario Latorre, T. Gravato, J. & Lacerda, P. (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos Saúde Pública*, 18, 2-17.

Pugatch, D., Ramratnam, M., Strong, L., Feller, A., Levesque, B. & Dickinson, B. (2004). Gender Differences in HIV Risk Behaviors among Young Adults and Adolescents Entering a Massachusetts Detoxification Center. *Journal of Substance Abuse*, 21, 79-86.

Qiaoqin, M., Masako, O., Liming, C. Guozhang, X., Xiaohong, P. Saman, et al.(2009). Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. *BioMed Central Public Health*, 9, 111.

Rachel, R.C. (2006). *Stress and trauma and their impact on the cervical immunological, and sexual health of HIV + HPV + women*. Dissertation. University of Miami. Miami, Florida.

Rivera Pérez, S. (2002). *Los secretos en las familias que viven con el VIH/ SIDA*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Puerto Rico. Río Piedras, Puerto Rico.

Richardson, J.L. Milan, J., McCutchan, A. et al. (2004). Effects of brief safer- sex counseling by medical providers to HIV- I seropositive patients: a multi- clinic assessment. *HIV Journal View*, 18, 1179- 1186.

Simbayi, L., Kalichman, S., Strebel, A., Cloete, A., Henda, N. & Mqeketo, A. (2007). Disclosure of HIV status to sexual partners and sexual risk behavior among HIV- positive men and women. *Sexually Transmitted Infections*, 83, 29-34.

Vale Nieves, O. (2003). "Construcción social del género: De la construcción a las Construcciones: el género que se desborda". *Género, Sociedad y Cultura*. Publicaciones Gaviota.

Weinhardt, L.S, Kelly, J., Brondino, M., Rotheram, M. Kirsebaum, Chesney, M. (2004). HIV Transmission Risk Behavior Among Men and Women Living With in 4 Cities in the United States. *Journal Acquire Immune Deficiency Syndrom*, 36, 1057-1066.

Wilson, T. Gore, M. E., Greenblatt, R., & Cohen, M. (2004). Changes in Sexual Behavior Among HIV Infected Women After Initiation of HAART. *American Journal of Public Health*. 94, 1141.

Wubbolding, R.E. & Brickell, J. (2005). *Counselling with Reality Therapy*. Speechmark Publishing Ltd. Bicester Oxon, United Kingdom.

Yalom, I. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Zorrilla, C., Febo, I.; Ortiz, I.; Orengo, J.; Miranda, S.; Santiago, M.; et al. (2002). *Pregnancy in Perinatally HIV-Infected Adolescents and Young Adults Puerto Rico*. University of Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico. Dept of Health, Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV, STD, and TB Prevention. CDC- Atlanta, Georgia.

## Historias de vidas de adultos que fueron testigos de violencia doméstica en su niñez: Reflexiones para un modelo de intervención

Cástula Santiago Medina, Ed.D.  
Consejera Profesional  
Departamento Interdisciplinario para el Desarrollo Integral del Estudiante  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Humacao  
[mcastula97@hotmail.com](mailto:mcastula97@hotmail.com)

### Resumen

En este estudio se utilizó el diseño de investigación de historias de vida para describir las vivencias significativas de cinco adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez y adolescencia. El análisis cualitativo se realizó utilizando el modelo de Harry F. Wolcott. Mediante los testimonios brindados por cada uno de los participantes, se concluye que la violencia doméstica experimentada durante la niñez y la adolescencia incide en la adultez de múltiples y diferentes maneras en cada uno de los informantes. No obstante, hay características comunes en cada uno de ellos. Las mismas hacen que la forma de relacionarse consigo mismos y con los demás esté matizada por esas experiencias del pasado aunque demostraron poseer resiliencia. Finalmente, se presentan las recomendaciones para un modelo de intervención con adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez y adolescencia, para ayudar a los hijos e hijas no resilientes.

Descriptores: historias de vida, violencia doméstica, modelo de intervención y resiliencia.

### Abstract

The qualitative research approach and life story interview method was used to describe the significant live events of five adults who experienced domestic violence during their childhood and adolescence. In order to describe the live experiences of these five adults, a series of phenomenological life story interviews were conducted with each participant. The qualitative analysis was carried out using the Harry F. Wolcott's model. Based on the testimonies offered by each participant, the research seems to indicate that the domestic violence experienced during childhood and adolescence impacted each participant in multiple ways. There are common characteristics among all participants. These characteristics reflected the way they related to themselves and to others. These are colored by the lived experiences of domestic violence although the participants showed resilience. Finally, the author presents her recommendations for an intervention counseling model to work with adults who experienced domestic violence in their childhood and adolescence. The goal is to help non-resilient sons and daughters who witness domestic violence in their families.

Keywords: Life story, Domestic violence, Intervention model and Resilience

La violencia doméstica en Puerto Rico es un fenómeno social que ha ido en aumento, según lo demuestran los informes de la Policía de Puerto Rico y los de la Oficina de la Procuraduría de la Mujer. Estos indican que los casos de violencia doméstica han incrementado desde el 1999 al 2005. El informe del 2006, último informe al que se tiene acceso, se informaron 20,965 casos de violencia doméstica. En dicho año disminuyó la cifra de incidentes de violencia doméstica, pero aumentó en 11% el número de órdenes de protección expedidas.

En el informe de 2005 se señala que entre el 1990 al 1997 la tendencia de los incidentes de violencia doméstica en Puerto Rico fue en aumento, hasta alcanzar el pico máximo en el 1997, con 21,217 incidentes. Esto significó un incremento de aproximadamente 2,000 casos anuales desde el 1990. En años recientes el Programa de

Estudios de la Mujer y Género del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico informó que, la tasa de mujeres asesinadas por violencia doméstica en Puerto Rico es de 1.14 por cada 100,000 comparada con 0.78 para Estados Unidos y 0.33 para España (Tendenciaspr.com, 2009). En el 2008 murieron en la isla 26 mujeres y un hombre en hechos asociados a la violencia doméstica. El mismo año la División de Estadísticas de la Policía de Puerto Rico informó un total de 20,389 casos de violencia doméstica reportados, un 18.3 % más que en el 2007.

En Puerto Rico, la violencia doméstica se tipifica en la Ley Número 54, del 15 de agosto de 1989. (Leyes de Puerto Rico Anotadas, 1989). Se describe como un crimen que trata de:

Un patrón de conducta constante de fuerza física o violencia psicológica, intimidación o persecución contra una persona por parte de su cónyuge, ex-cónyuge, una persona con quien cohabita o haya cohabitado, con quien sostiene o haya sostenido una relación consensual o una persona con quien se haya procreado una hija o un hijo, para causarle daño físico a su persona, sus bienes o a la persona de otro o para causarle grave daño emocional. (p. 50)

Entre las explicaciones que se utilizan para analizar el fenómeno de la violencia doméstica se han empleado varias perspectivas teóricas (González, 2003; Vale, 2003; Vicente, 2003), entre las que se encuentran: la sicopatología del abusador, la teoría sociológica y las teorías feministas, entre otras. Las perspectivas feministas, plantean que la violencia doméstica es un fenómeno social, y que a través del proceso de socialización se aprenden roles y reglas de comportamiento. Plantean además, que en las sociedades patriarcales mediante las estructuras de socialización, el establecimiento de las reglas y la internalización de los roles que se fomentan en hombres y mujeres se promueven comportamientos que producen las conductas de dominación de parte de los hombres y de sumisión de parte de las mujeres. Es decir, las conductas violentas que manifiestan las personas se fomentan a través de la interacción social. En la sociedad patriarcal se fomenta la desigualdad por género, una de las razones para que se produzca la violencia doméstica.

De otra parte, en términos porcentuales, la violencia doméstica afecta en su mayoría a las mujeres. Como señala Vicente (2003):

Los datos presentados por investigaciones de los Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá indican que entre el 90 y el 95 por ciento de los actos de violencia en las relaciones de pareja son perpetrados por los hombres contra las mujeres (p. 204).

En Puerto Rico, los datos más confiables sobre el tema se encuentran en la Comisión para los Asuntos de la Mujer (1997), donde se estima que la violencia doméstica que experimentan las mujeres es de un 89%, en contraste al 11% señalado por los hombres.

La violencia doméstica afecta tanto a las mujeres como a sus hijos. Los efectos que tiene en las mujeres víctimas se asocian a los aspectos emocionales y psicológicos. Entre éstos se destaca la baja autoestima, el temor a tomar decisiones, el sentido de culpabilidad, el miedo paralizador y el aislamiento (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001; Organización de las Naciones Unidas, 2006; Organización Mundial de la Salud, 2005; UNICEF, 2000). La violencia doméstica afecta a los hijos e hijas de estas mujeres (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001; Organización Mundial de la Salud, 2005). En Estados Unidos se estima que 3.3 millones de niños y niñas entre las edades de 3 a 17 años están en riesgo de presenciar una escena de violencia por parte de uno de sus padres. Los niños y las niñas de hogares violentos han presenciado incidentes en un 80% de los casos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001; Organización de las Naciones Unidas, 2006). Esto



puede ir desde escuchar lenguaje abusivo hasta el homicidio. En Canadá, por ejemplo, por cada mujer maltratada en un albergue, hay dos niños o niñas que también requieren de servicios de ayuda (Gardiner, 1992).

Según informes de diferentes organizaciones internacionales, se observa que los niños que viven en hogares donde ocurre la violencia doméstica presencian incidentes sobre ésta en el 87% de las veces. Además, se estima que los hijos de mujeres abusadas están seis veces más inclinados a cometer suicidio y 50% más inclinados a abusar de las drogas y el alcohol, que sus compañeros que crecen en un hogar no abusivo. En los hogares donde la violencia doméstica es un problema mayor, los hijos en la edad de 14 años constituyen con frecuencia la única defensa que tiene la madre de su abusador. En los hogares que se experimenta la violencia doméstica, el 62% de los niños son lastimados mientras tratan de proteger a sus madres. De los hijos que presencian el abuso, aproximadamente el 50% sufre ansiedad o depresión. También, experimentan dificultades para dormir, con su salud, su autoestima y con el control de sus impulsos (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001; Organización de las Naciones Unidas, 2006; UNICEF, 2000).

Conforme a la literatura previamente revisada, entre los efectos de la violencia doméstica en los niños y las niñas sobresale que aprenderán que la violencia es una forma apropiada de relacionarse. Esto es alarmante, ya que de continuar dicho patrón de aprendizaje se podría asumir que la violencia doméstica aumentará en lugar de disminuir.

Patró y Limiñana (2005), analizaron las consecuencias psicológicas que tiene la violencia doméstica en los hijos que la han experimentado. Las autoras plantean que las mujeres y los niños son las principales víctimas que sufren la violencia doméstica o familiar. Exponen, además, que en el caso de las mujeres maltratadas existe una proliferación tanto de investigaciones como de recursos de ayuda. Aun así, la atención e intervención en torno a las consecuencias que se derivan para sus hijos es bastante escasa. Esta investigación permitió identificar la gravedad de las repercusiones que supone para los hijos de hogares violentos el haber sido víctimas o testigos de maltrato familiar, con énfasis en el aspecto traumático de tal experiencia. En cuanto a la violencia familiar y trauma, las autoras señalan que:

Uno de los mitos adscritos a la violencia contra la mujer es el que asume que la conducta violenta del mal tratador hacia la que es su pareja no representa un riesgo relevante para los hijos de esos hogares. Sin embargo, tanto el hecho de que los niños sean testigos de la violencia como el que, además, puedan ser víctimas de ella conlleva toda una serie de repercusiones negativas tanto para su bienestar físico y psicológico como para su posterior desarrollo emocional y social” (Patró & Limiñana 2005, p. 12).

También, las autoras analizan el tema de la violencia familiar como modelo de aprendizaje. Para esos efectos subrayan que existen otros efectos a largo plazo que se pueden vincular a la exposición de los niños a situaciones de violencia familiar, y que más importante es que este tipo de situaciones constituye un modelo de aprendizaje de conductas violentas dentro del hogar. Esta línea de pensamiento es compartida por otras investigadoras cuando sostienen que los niños que viven en un ambiente de violencia aprenden estilos de conducta que pueden permanecer con ellos durante toda su vida. Por ejemplo, pueden aprender a utilizar la violencia y la coerción como un medio de poder. También pueden aprender que es aceptable que dentro de la unidad familiar se pueda insultar y abusar de aquellos a quienes se ama (Berríos, 1997; Ferrer, 2003 y Reyes, 2002).

El hecho de que la literatura plantee que la violencia doméstica vivida por los niños y las niñas pueda tener repercusiones en su vida de adulto, fue la motivación principal para estudiar las historias de adultos que experimentaron violencia doméstica durante su niñez y

adolescencia. En esta investigación se describe y se analiza mediante el diseño de historias de vida, la respuesta de adultos integrantes de una familia donde se suscitaron episodios de violencia doméstica y cómo se enfrentaron al hecho de vivir en hogares donde se experimentó violencia.

## La violencia doméstica en las mujeres y el impacto en los hijos e hijas

Según Vicente (2003), en Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá se informó que entre el 90 y el 95 por ciento de los actos de violencia en las relaciones de pareja la cometen los hombres contra las mujeres. Paralelo a este señalamiento, el Banco Interamericano de Desarrollo (2001) informó que las mujeres tienen de cinco a ocho veces más posibilidades que los hombres de llegar a ser víctimas de violencia en su propio hogar. La misma organización presenta datos sobre el particular, y los números indican que, en los Estados Unidos, el 21 por ciento de mujeres experimentaron victimización por parte de un compañero íntimo, en contraste con el dos (2%) por ciento reportado sobre los hombres.

El problema de la violencia doméstica y sus consecuencias en los hijos e hijas se ha convertido en una preocupación internacional, según se desprende de la siguiente declaración: “En los últimos años se ha llegado a un consenso a nivel internacional en cuanto a la necesidad de hacer frente a la violencia doméstica...” ya que se ve a ésta como, “...un problema que tiene que ver con la salud, la ley, la economía, el desarrollo y sobre todo, con los derechos humanos.” (UNICEF, 2000). De semejante reconocimiento, las organizaciones internacionales se comprometen en apoyar proyectos que tengan como meta la erradicación de la violencia contra las mujeres y sus hijos. Se han conformado programas de seguridad, apoyo financiero, educación, investigación, cambios en legislación y compromisos internacionales con el propósito de la eliminación de la violencia doméstica y sus repercusiones para las mujeres y sus hijos.

Datos relacionados con la historia de violencia familiar presentados por el Banco Interamericano de Desarrollo (2001) señalan que el antecedente de maltrato en la familia de origen, se asocia con la agresión que el hombre comete en su familia posteriormente. Es importante subrayar, además, que el 70 por ciento del total de investigaciones analizadas sobre el tema de violencia doméstica identifican como antecedente de abuso el haber sido expuesto a la violencia doméstica en la niñez. Esta relación se ha confirmado en estudios de población en Nicaragua y Chile. En Uruguay, por ejemplo, se encontró que el 79 por ciento de las mujeres sometidas a maltrato físico fueron víctimas de maltrato infantil o presenciaron en sus familias actos de violencia doméstica (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001).

Los datos reseñados apoyaron la premisa que planteó que la violencia doméstica afecta también a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia doméstica. La Organización de Naciones Unidas reconoció igualmente la magnitud del problema a nivel mundial. En su Asamblea General del 29 de agosto de 2006, se informó que entre 133 y 275 millones de niños de todo el mundo atestiguan la violencia doméstica cada año. Señalaron entonces que el presenciar habitualmente escenas de violencia en el hogar, por lo general a través de peleas entre los padres o entre la madre y su pareja, puede afectar seriamente su bienestar, su desarrollo personal y su interacción social en la infancia y en la edad adulta. En su informe completo se destaca que la violencia dentro de la pareja hace que aumente el riesgo de violencia contra los niños en el seno familiar. De ahí que sea

perfectamente legítimo concluir que la violencia doméstica multiplica el riesgo de violencia contra los niños.

### *Efectos de la violencia doméstica en los hijos e hijas, según las investigaciones*

El estudio de Patró y Limiñana (2005) constituye uno de los trabajos más recientes sobre las consecuencias psicológicas y físicas en los niños testigos presenciales de violencia doméstica. Estos autores examinaron las consecuencias psicológicas en los hijos que experimentaron violencia doméstica en España. El estudio es importante porque hace un repaso de las investigaciones clásicas sobre el tema y las autoras concluyen que las mujeres y los niños son las víctimas principales que sufren la violencia doméstica o familiar. También lograron documentar lo que reconocimos al principio de este trabajo. Esto es; que en el caso de las mujeres maltratadas existe una proliferación tanto de investigaciones como de recursos de ayuda. No obstante, es bastante escasa la atención e intervención sobre las consecuencias de esas vivencias sobre hijos en la adultez. El estudio señaló la gravedad de las repercusiones que supone para los hijos de hogares violentos el haber sido víctimas o testigos de maltrato familiar, y hace énfasis en el aspecto traumático de tal experiencia. Las autoras discutieron las consecuencias psicológicas y físicas de la exposición de los niños a la violencia familiar y la violencia familiar como modelo de aprendizaje.

En relación con las consecuencias psicológicas de la exposición de los niños a la violencia familiar, Patró y Limiñana (2005) plantearon que: a) la exposición a la violencia doméstica es un riesgo para el bienestar psicológico de los menores, b) que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales y más conductas de inhibición que los niños que no sufrieron tal exposición, c) que los niños de hogares violentos también suelen presentar una menor competencia social y un menor rendimiento académico que los niños de familias no violentas. Así que, no sería sorpresa alguna que se encontraran con episodios de depresión y síntomas traumáticos, problemas clínicos de conductas, y conductas agresivas y antisociales.

Por otro lado, las mismas autoras plantearon que existe una idea generalizada de que la violencia contra la mujer por parte de su pareja no representa amenaza significativa para los hijos de esos hogares. Afirman que esta idea es un mito precisamente porque las investigaciones sobre el tema han logrado documentar que los niños y las niñas que son testigos de violencia doméstica tienen repercusiones negativas tanto en su bienestar físico y psicológico como para su desarrollo emocional y social futuro. Las investigadoras concluyeron de forma enfática que el fenómeno de la violencia doméstica es un modelo de aprendizaje, lo cual es preocupante para la erradicación de la violencia doméstica.

### **La resiliencia y la violencia doméstica**

El concepto de la resiliencia se utiliza para explicar el fenómeno de personas que hayan experimentado violencia doméstica en su niñez y, sin embargo, ya en su adultez no reproducen ese patrón de conducta. La resiliencia se conoce también como resistencia o elasticidad. Algunas personas la definen como una elasticidad adaptativa, actitud que desarrollan algunas personas para recuperarse de las adversidades tanto físicas como psicológicas más dramáticas. Es una cualidad personal que implica la capacidad de volver a

recuperarse y adaptarse después de haber sido doblegados en su fibra más íntima (Snyder & López, 2005). Estas investigadoras indicaron que existe un consenso suficiente en reconocer que la resiliencia está asociada con la capacidad de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarse frente a la adversidad.

Sobre el tema de la resiliencia y la violencia doméstica se encontró la investigación realizada por Amar, Kotianrenko & Abello(2003). El estudio se realizó en Colombia sobre los factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños víctimas de violencia intrafamiliar. En esta investigación se entrevistaron 31 menores resilientes. Una de las propuestas más sobresalientes de este estudio, tiene que ver con los factores protectores asociados con la adaptación y la competencia que mitigan los efectos de crecer en las circunstancias adversas. El grupo de investigación los denominó como impulsores de resiliencia en situaciones de alto riesgo y se asocian con los factores intrapersonales que incluyen todos los atributos individuales de los niños ya descritos, los componentes sociales tales como autoestima y competencias o habilidades sociales y los estilos y estrategias para manejar la situación. Por último, las investigadoras concluyen que los niños víctimas de violencia intrafamiliar, en su mayoría tienen sueños y fantasías acerca de las familias que conformarán en un futuro (de sus metas, realizaciones personales, esperanzas de cambio). Ello posibilita la personalidad resiliente en medio de situaciones de adversidad tal y como se presenta en estos niños).

Las organizaciones internacionales recomiendan y apoyan que se atienda el impacto que tiene el fenómeno de la violencia doméstica en las hijas e hijos. También, algunas de las investigaciones presentadas señalan recomendaciones dirigidas a que se creen programas de ayuda a los hijos de las víctimas (Berríos, 2003; Caro et al., 2000; Figueroa, 1988; Reyes, 2002). Además, plantearon, que se debe adiestrar a los profesionales de ayuda y, en especial, a los profesionales de la consejería sobre parámetros más específicos de la violencia doméstica en niños y niñas que han vivido esa experiencia a través de los años. Por consiguiente, la elaboración de un modelo de intervención para adultos que en su niñez y adolescencia experimentaron violencia doméstica es una aportación imperiosa.

## Propósitos

El propósito de esta investigación fue: 1) describir las vivencias significativas y testimonios de cinco adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez; y 2) Elaborar ideas para un modelo de intervención dirigido a trabajar con adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez y adolescencia.

## Preguntas de investigación

Se formularon las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Qué tipo de violencia testimonian cinco adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez?
2. ¿Qué momentos significativos testimonian estos cinco adultos de incidentes de violencia doméstica ocurridos durante su niñez?

### 3. ¿Cómo inciden esos momentos significativos en la adultez de los cinco participantes?

## Método

Para lograr los propósitos de esta investigación se entrevistaron a profundidad a cinco participantes en torno a sus vivencias de violencia doméstica en su niñez y adolescencia. Luego, se realizó un análisis cualitativo de la información obtenida y se procedió a contestar las preguntas de investigación que guían este estudio. Los cinco adultos entrevistados construyeron su historia de vida a través de sus testimonios. Los testimonios recopilados, además de usarlos para describir y conocer de forma profunda y directa las experiencias relacionadas con la violencia doméstica en los informantes, fueron utilizados para diseñar un modelo de intervención que permite trabajar de manera efectiva e integral con adultos que en su niñez y adolescencia experimentaron violencia doméstica.

## Diseño del estudio

Esta investigación es de carácter cualitativo. La metodología está centrada en el paradigma constructivista, modelo en el cual se reconoce el empleo de la historia de vida como un recurso teórico y metodológicamente apropiado para este tipo de estudio (Taylor & Bogdan, 1987). Taylor y Bogdan también señalaron que las historias de vida representan un recuento de las experiencias vividas por las personas. El valor del diseño de historia de vida radica en que permite recopilar información subjetiva de la vida entera de la persona. Esta investigación permitió recopilar información subjetiva sobre las experiencias de violencia doméstica experimentadas durante la niñez y la adolescencia de los cinco participantes y cómo se reconstruían dichas experiencias desde la perspectiva adulta. Este diseño representa una de las formas más puras de los estudios descriptivos (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003).

## Participantes

Para realizar esta investigación se entrevistaron a cinco adultos que en su niñez y adolescencia vivieron cada uno en una familia donde se manifestaba el fenómeno de violencia doméstica. Cada participante narró su historia desde sus vivencias y su particular punto de vista. Los participantes seleccionados fueron cinco adultos: tres mujeres y dos varones entre las edades de 23 años a 61 años.

## Estrategia para la recopilación de datos

En cuanto a la estrategia para la recopilación de datos, se empleó la entrevista fenomenológica. La selección se justificó sobre la base de que este recurso permite conocer las experiencias y maneras en que las personas desarrollan conceptualizaciones acerca de lo

que les ha pasado, sobre temas íntimos o personales (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003). Además es el recurso más apropiado para conocer las experiencias íntimas y personales de cinco adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez y adolescencia. Para conocer las experiencias en torno a la violencia doméstica en la niñez y adolescencia de los cinco participantes, se preparó un protocolo semiestructurado de preguntas para llevar a cabo las entrevistas. (Ver Apéndice A)

## Análisis de los datos

Para poder realizar el análisis de los datos recopilados a través de la entrevista fenomenológica se llevó a cabo el proceso de codificación. A esos fines, se desarrolló una serie de categorías a la luz de la literatura y otras emergentes de los testimonios de los y las participantes. El nombre que se le otorgó a las categorías refleja la sustancia del contenido recopilado en los testimonios. Una vez establecidas las categorías, se le asignaron códigos. Los códigos constituyen abreviaciones del nombre de las categorías y su función es transmitir la idea que hay detrás de la categoría. Las categorías que se construyeron están enumeradas y definidas en el Apéndice B. Bajo cada categoría se agrupó la información cuyo contenido fuera semejante. La mayor parte de las categorías surgió de la información obtenida en el estudio. Las categorías y subcategorías que se establecieron fueron determinadas de dos formas: de la revisión de literatura y las que emergen de las mismas historias. Las categorías y subcategorías que se trabajaron son: Ciclo de violencia doméstica (CVD), Ambiente en el hogar (AH), Ambiente en el hogar sin Padre (AHSP), Familia de origen (FO), Características de la víctima (CVA), Características del victimario (CVO), Intentos por romper Ciclo de Violencia Doméstica (IRCVD), Poder y el control (PC), Tipos de maltrato (TM), Consecuencias de la violencia doméstica en los hijos (CVDH) y Características resilientes (CR). (Para detalles sobre las categorías ver apéndice B)

Luego de establecer los códigos, se comenzó la codificación del texto; es decir, la revisión de las transcripciones para identificar las partes del texto que ejemplificaran las categorías establecidas. De esta manera, se logró ordenar la interpretación de la información recopilada en las entrevistas. Para poder marcar los extractos y agruparlos por categorías, se procedió a realizar un trabajo analítico preliminar el cual se concentró en el análisis e interpretación de la información provista por cada una de los participantes, utilizando como guía el modelo propuesto por Harry F. Wolcott (1994).

Este modelo consta de tres componentes principales: la descripción, el análisis y la interpretación. En la fase de descripción se procuró recoger lo que los adultos entrevistados narraron en torno a las vivencias de violencia doméstica. Durante la etapa de análisis se procedió a interrelacionar los diferentes aspectos de las experiencias de violencia doméstica vividos durante la niñez y la adolescencia. Es decir, se enfocó en identificar los aspectos fundamentales de un modo sistemático para establecer relaciones entre los diversos elementos del fenómeno estudiado. Finalmente, en la etapa de interpretación se insistió en analizar todos los aspectos de la pregunta básica: ¿cuál es la repercusión que ha tenido en la vida de los adultos entrevistados el haber vivido en una familia donde se experimentaba la violencia doméstica?

Al completar el análisis cualitativo de la información, se procedió a redactar el informe de los hallazgos. Se inició con un perfil que describe a los participantes y su trasfondo. Para esto se creó una viñeta de cada uno de los participantes. En esa etapa se

fueron contestando cada una de las preguntas que guiaron esta investigación. Para evidenciar la importancia de los hallazgos de este estudio, se incorporaron extractos de los testimonios de los informantes. Estos y otros ingredientes de las entrevistas permitieron justificar ciertos niveles de intervención en el modelo que se propone.

## Resultados

Al realizar el análisis de esta investigación en la que se utilizó la modalidad de historia de vida, fue importante tomar en consideración que el estudio partiera de la voz y lo expresado por los y las participantes y, por tanto, se recopiló y presentó la información tal como estos lo expresaron. De este modo, al redactar lo expresado por los y las informantes se respetaron las pausas, ritmos, interjecciones y repeticiones del discurso oral. En la etapa de descripción se estableció ¿Qué ocurrió? Para realizar la descripción se utilizó el formato de *Sucesos críticos o medulares*. También se empleó el formato de *orden cronológico*. En la etapa de análisis se procedió a contestar la pregunta: ¿Qué relación guardan unos elementos con otros y cómo interactúan para producir un fenómeno? Para llevar a cabo el análisis se utilizó el enfoque de *Énfasis en los hallazgos* y el enfoque de *Contextualizar en marco analítico*. Para la *interpretación*, se contestó la interrogante: ¿Cuál es el significado de esto y para qué sirve? El énfasis fue en establecer el *significado y contexto* donde se le da significado a los eventos de acuerdo a este último.

### Análisis de las historias de vida de Pepín, Rosa, Mota, Tito y Finí

Por medio de la historia de vida de Pepín, Rosa, Mota, Tito y Finí se trazaron varios aspectos que contempla la literatura sobre la violencia doméstica y las consecuencias de éstos en los hijos. Entre los temas que aborda la literatura están el ciclo de violencia doméstica, los tipos de maltrato, las consecuencias en los hijos y las actitudes de control y poder, entre otras.

En esta fase de análisis se respondió la pregunta: ¿Qué relación guardan unos elementos con otros y cómo interactúan para producir un fenómeno? Como ya se indicó, el fenómeno bajo estudio se refiere a las vivencias de personas que experimentaron violencia doméstica en su niñez y adolescencia. Para realizar este análisis se empleó el enfoque de *Énfasis en los hallazgos*: se trata de un relato que destaca los hallazgos propiamente, poniendo mayor énfasis en aquellos más sobresalientes. También se usó el enfoque: *Contextualizar en marco analítico* el cual se caracteriza por utilizar la literatura científica en el campo para elaborar el análisis (Lucca Irizarry & Berríos Rivera, 2003).

### Ciclo de violencia de doméstica

En la literatura sobre el tema de la violencia doméstica, se establece que existe un patrón previsible en los incidentes violentos entre muchas parejas. Este ciclo tiene tres etapas: (1) Acumulación de tensión, (2) un Episodio violento importante y (3) el Periodo de arrepentimiento. Una de las contribuciones de las organizaciones feministas y de mujeres,

para que las víctimas entiendan el fenómeno de la violencia doméstica, es el análisis del ciclo de violencia.

La literatura plantea que el ciclo de la violencia doméstica sobre las mujeres es repetitivo, se agrava con el tiempo, se puede traspasar de generación en generación (Organización Mundial de la Salud, 2005; Walter, 1979). De otra parte, estadísticas de la oficina de Asuntos de la Mujer del Municipio de San Juan expone que: “A una mujer víctima de maltrato, le toma de nueve a doce años decidirse romper el ciclo de violencia doméstica” (Coordinadora Paz para la Mujer, 1998).

A continuación, algunos relatos que muestran cada una de las etapas del ciclo de la violencia doméstica que se suscitaron en la familia de Pepín, y Rosa. También en los casos de Mota, Tito y Finí, se pudo observar el ciclo de violencia doméstica, sin embargo en este artículo sólo se mostrarán ejemplos de la familia de Pepín y Rosa. A continuación se presenta cómo se manifestaba la acumulación de tensión en casa de Pepín.

#### Acumulación de Tensión (CVDAT)

*...Pero pero que un día este eh, yo llegué a mi casa y yo decidí ir, hubo una situación entre mi papá y yo, entre ella [Pepín hace referencia a su mamá], por los celos que sentía y por esta cuestión ahora que yo tenía 19 años y no tenía 13 y la amenaza que yo representaba para él era mayor. (CVDAT)*

*Además, de que ya yo estaba, tenía mi casa, tenía mi independencia económica, él me veía entrar salir y yo no le decía ninguna explicación, o sea en ese sentido, yo no fui un un teenager rebelde, pero yo lo descarté a él. Yo, si iba a hacer algo, llamaba a mi mamá, mira mami para que sepas voy a estar en la calle, estoy con Fulano y Fulano, estoy en tal sitio, cualquier cosa, ya sabes donde estoy, pero a mi papá yo no le decía ninguna cuentas de esas. Eso obviamente lo irritaba más este este y para mí yo no le pedía ningún tipo de opinión, lo que él me decía, yo como si conmigo no fuera (pausa). Aparentemente eso se acumuló y y de alguna manera él, un día yo voy a mi casa, yo decidí con un compañero del trabajo, vivir en un apartamento. (CVDAT)*

#### Un episodio violento importante (CVDEV):

*...Y y en cierta medida, ese fue el día de la despedida nuestra. Esteee porque... porque fue el día de despedida nuestra...ese mismo día no, al otro día, domingo, el día que ella (pausa) fallece... (CVDEV)*

#### Periodo de arrepentimiento (CVDPA):

*...Este, este, nosotros nos movimos después, mi mamá y mi papá se separaron un tiempo, ellos vendieron esa casa y estuvieron separados, pero una separación corta y y parcial... (CVDPA)*

Mediante el testimonio de Pepín, se puede apreciar cómo se daba el ciclo de violencia doméstica descrito en la literatura. En el caso de la madre de Pepín se pueden identificar claramente las etapas del ciclo por las que atravesó: acumulación de tensión, un episodio violento importante y periodo de arrepentimiento. También, es notable cómo las conductas violentas del padre fueron cada vez más letales.

A continuación se presenta cómo se manifestaba el ciclo de violencia doméstica en casa de Rosa:

*Eh...a.. O sea, porque él trabajaba, siempre ha trabajado en trabajos buenos- (tos) que devengaban mucho dinero, (tos) pero a casa él podía cobrar viernes y llegaba a casa sábado con un centavo en el bolsillo. Mientras mami esperando que papi llegara para comprarnos leche, para comprarnos las cosas que necesitábamos, él no tenía ni cinco centavos encima. Entonces mi mamá era la que tenía entonces que buscar en un tiempo que mami no trabajaba,*



*este, pues pedirle a mis tíos, a quien, quien pudiera, que nos diera pa' por lo menos comprar leche, este, o ella esperaba que él estuviera dormido y entonces, le robaba dinero de la cartera para poder entonces, como él estaba tan borracho, pues así él no se daba cuenta cuánto dinero había perdido. Pero era la forma de entonces mami poder comprar arroz, habichuelas y carnes, porque era la única forma de poder comer.*

## Características resilientes

El concepto de la resiliencia se ha utilizado para explicar el hecho de que algunas personas, a pesar de que en su niñez experimentaron violencia doméstica, en su adultez no reproducen el patrón en sus vidas. Es una cualidad personal que implica la capacidad de volver a recobrase y adaptarse después de haber sido doblegado en circunstancias vitales.

Las personas resilientes deben tener altos niveles de cooperación, de participación y estabilidad emocional. También, deben tener un alto sentido positivo de sí mismos. Es necesario que crean en su capacidad de ejercer de alguna manera control sobre su entorno, es decir, que piensen que pueden hacer algo para cambiar sus circunstancias. Es posible que el desarrollo de la resiliencia esté asociado al hecho de que estas personas, tuvieron un adulto significativo en su vida (maestro o instructor), sean personas inteligentes y tengan un buen sentido del humor. Las personas resilientes presentan inteligencia social, habilidad social, creatividad en la búsqueda de soluciones, empatía y capacidad de establecer planes. A juicio de la autora de este artículo, estas últimas características representan el nivel sofisticado de la resiliencia.

Para efectos del análisis de las características resilientes, éstas se subcategorizan en Autovaloración (CRAV), Autorregulación (CRAR), Competencias Individuales (CRCI) y Habilidades Sociales (CRHS). A continuación se define cada una de éstas y se muestran las narraciones que ejemplifican cada una.

Las siguientes narraciones tienen que ver con la categoría Autovaloración (CRAV). En éstas se agrupan las destrezas de demostrar y recibir afecto a pesar de circunstancias adversas, de sentir respeto por sí mismos y por los demás, de lograr aceptación y aceptar a otros, destacarse en el plano académico y ser reconocidos por sus buenas acciones. A continuación se presentan diversas formas en las que Pepín, Rosa, Mota, Tito y Finí se manifestaron.

Estas características se evidencian en la vida de Pepín cuando manifiesta lo siguiente:

*Eh eh pero que en términos de de valores, mi mamá me dio esos, sólidamente me dio valores de de trabajo, de de no tener vicio, de de alguna manera ganarme lo que lo que yo me merezco sabes, de de valorarme a mí de y la cuestión educativa, como te dije, que era importante. (CRAV)*

Las características que Rosa presenta para esta categoría son las siguientes:

*Este...no fjate. Todos, todos mis maestros eran buenos. A mí me gustaban, nunca tuve ningún problema con (pausa) con ningún maestro que dijera a mí no me gusta ser maestro o algo así, siempre le buscaba la vuelta. Yo siempre he dicho que alguien siempre tiene algo especial. (CRAV)*

Mota lo expresa de la siguiente manera:

Yo, bailando yo expresaba todo lo que yo tenía por dentro. Bueno, que en realidad los papeles que más me gustaban hacer eran los dramáticos porque ahí de verdad yo podía sacar todo lo que tenía por dentro. Como hubo unas... unas Pascuas que hicimos la... Yo también era... Yo era parte de la compañía del Ballet de Bayamón de la Escuela de Bellas Artes y hubo un año que hicimos "La Pasión de Cristo" pero en ballet, en Semana Santa. Mi papel era María Magdalena y mi esposo era Cristo. Ese papel para mí fue tan maravilloso porque yo ahí también pude desahogar tanto.

...Así lo hiciera quince veces en una tarde, quince veces yo lloraba. Las veces que lo hice en la función mi conexión... como era tan real lo que yo estaba proyectando porque era dolor que de verdad yo sentía. Todo el público sintió mi conexión y todo el público andaba llorando por mí. O sea, que para mí, esto de estar bailando es como una magia tan grande porque yo de verdad puedo conectar con las personas aunque sea con... con otros papeles. Yo puedo meterle sentimiento y dolor personal en esto, y yo proyectarlo y dejarlo ir. Aunque tal vez no lo estoy hablando pero lo estoy demostrando con el cuerpo. (CRAV)

En el caso de Tito se manifiesta como sigue:

... Y... cuando... A mí me sodomizaron a los 11 años, un psicólogo le recomendó a mi mamá que tratara de enviarme a un sitio lejos. Me imagino que para sacarme del ambiente. Mi mamá me mandó a Patterson, New Jersey con esta señora que ella me decía que era este... que era tía de ella. (CRAV)

Y en ese momento fue que yo vine a saber que en la vida... que en mi vida había otra vida, que si yo abría la puerta yo podía descubrir cosas nuevas. En un sitio donde me atendían, donde yo era importante. Esa señora, titi Rosi, me amaba, me amaba que yo sentí lo que era el amor. (CVDH) (CRAV)

A través, de los siguientes fragmentos se aprecia cómo se manifiesta la resiliencia en Finí.

Que de hecho no tengo ni una foto, la foto que tenía se perdió. Eh... Fue a los... creo que a los 11 años. Y recuerdo que mi papá... eh... como ya yo cosía él fue y me compró una holganza. No sé si sabes que la holganza es transparente. (CRAV)

Él me trae esa tela y yo me hago mi trajecito bello, precioso. Todavía lo recuerdo. (CR) (CRAV)

Sí. Entonces, hice un velito, hice la coronita y me preparé muy bien para mi primera comunión. Pero cuando me puse todo aquello para que mi papá lo viera, pues naturalmente se me veían los pantisitos porque esa tela es transparente. Pues mi papá decía: "Ay no, pero ahí falta como que algo. Voy a ir al pueblo y te voy a comprar una telita para que te hagas un refajito". Entonces, fue y compró la telita y le hice un refajito debajo y con ese traje... Y en la primera comunión ellos a todo el mundo le decían que ese traje yo me lo cosí, que me hice todo eso. Bueno, pues él se entusiasmó mucho con eso y se fue, y me compró una maquinita de esas que... él me consiguió esa maquinita.

...Y viene y me dice: "Nena yo hablé con la comai Tuna a ver si tú te atreves a hacerme un trajecito ¿tú te atreves?". Yo le dije: "Sí, yo me atrevo". Nena, y le hice su primer traje. Y después vino todo el mundo... y mira, le doy gracias a Dios, hasta el sol de hoy a mí nunca se me ha dañado una tela... (CR) (CRAV)

## Respuestas a las Preguntas de Investigación

Para contestar las preguntas de investigación, se procedió a examinar las historias de vida de Rosa, Mota, Tito y Finí como un texto que nos habla sobre el fenómeno de la violencia doméstica.

A continuación se presenta la pregunta de investigación y su contestación pertinente:

I. ¿Qué tipo de violencia testimonian cinco adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez?

Entre los tipos de violencia que testimonian los y las participantes se encuentran la violencia física, la psicológica, la sexual y la económica. A través de las narraciones de los cinco participantes, se observa cómo las víctimas recibieron violencia física moderada hasta violencia física extrema. Se pudo observar que la violencia física, se manifestaba desde una bofetada o empujón, como es el caso de los múltiples ejemplos de las madres de Rosa, Mota y Finí, hasta la privación de la vida como es el caso de la madre de Pepín. Como ejemplo de violencia física moderada también se puede notar el maltrato mediante amenaza, como es el caso de la madre de Tito contra uno de los padrastros:

*Este... (Silencio.) Hubo una ocasión que este... uno de mis padrastros le pegó a mi hermano pequeño y me acuerdo que mi mamá lo corrió con un machete porque lo lastimó y lo amenazó con que si él volvía a tocarlo lo iba a matar porque nadie nos iba a pegar que no fuera ella. CVD) (TM) (P2)*

Relacionado con la violencia psicológica, es más evidente en el caso de Tito, en el cual su madre ejercía este tipo de violencia contra uno de los padrastros. Por medio de esta conducta maltratante su madre desvalorizaba y ridiculizaba al padrastro, haciéndolo sentir mal consigo mismo y empobreciendo su autoestima.

La violencia sexual se manifiesta de forma evidente en el caso de las madres de Mota y Finí. Ejemplo de ello es cuando Mota relataba cómo ella escuchaba cuando su padre llegaba borracho y obligaba a su madre a tener relaciones íntimas utilizando la violencia física. También, se evidencia cuando Finí narra, con mucha tristeza, como ella en las noches escuchaba cómo su padre obligaba a su madre a tener relaciones sexuales que ella no deseaba. Además, relató cómo su madre sufría y exponía su vida con los múltiples abortos que se tuvo que realizar producto de esas violaciones.

La violencia económica se puede notar evidentemente en los casos de Pepín, Rosa, Mota y Finí. En todos estos casos, ya sea por incapacidad mental o problemas del alcohol los padres de estos cuatro informantes no aportaban a la economía del hogar cuyo efecto era que las esposas tenían toda la responsabilidad de suplir las necesidades del hogar.

2. ¿Qué momentos significativos de violencia doméstica durante su niñez testimonian estos cinco adultos?

Pepín tuvo la terrible experiencia de llegar a su casa y encontrar a su madre muerta por estrangulación. Él lo manifiesta de la siguiente manera:

*...Entro, y aunque tu no...(risa nerviosa) el teléfono estaba sonando, suena y suena y suena y yo lo iba a coger y dije, yo no lo voy a coger porque el teléfono me va a decir a mí, si aquí pasó algo grave o no pasó algo grave. Si ella lo coge pues yo puedo subir tranquilo, si ella no lo coge, pues aquí pasó algo. Este pues no lo cogí y fue subí y la encontré (pausa) en en el cuarto muerta, él la había aparentemente ahorcado, este la había tapado este y este verla en el cuarto tirada, en el cuarto no había mucho reguero ni nada, no parecía que no había habido tanto forcejeo y yo la encontré allí este. Este ella estaba tapada, saco la la sábana y estaba ella ahí estrangulada con la cara totalmente deforme (pausa) este bueno este (pausa), fría, este eh una posición bueno... en una escena totalmente horrible tu sabes pero yyy claro quizás, la la imagen más horrible que yo he visto en mi vida. (P2)*

Por otro lado, Rosa recuerda el estado en que quedaba su madre después de un episodio de violencia doméstica, cuando relata:

... Yo me acuerdo de esa pela, él le dio una pela que mami no podía abrir los ojos y yo me acuerdo de esa pela. Que mami casi no podía abrir los ojos y ... (P2)

El recuerdo que más impactó a Mota fue el siguiente:

Yo creo que una de las veces que... que... que sí recuerdo es papi llegando borracho y quitándose toda la ropa en el comedor y empujando a mami hasta al cuarto y mami gritando que no, que no, que no, que ella no quería y escuchar todos los cantazos del cuarto. Yo creo que ese fue el momento que más me impactó. Yo ver como él se iba desnudando al cuarto porque... pues... él tenía deseos de hacer lo que él quisiera hacer y no le importaba que mi mamá pensaba, ni nada, pues como era su esposa, él podía hacer con ella lo que le diera gusto y gana. Y nosotros escuchar como todo el... los "bimbazos" del cuarto y creo que ese fue el día que ella perdió la audición de un oído. (P2)

Los momentos más significativos relacionados con la violencia doméstica que experimentó Tito en su niñez fueron aquellos donde su madre humillaba a uno de sus padrastros en público: Tito lo cuenta de la siguiente manera:

... Me acuerdo que una vez él se estaba bañando y ellos estaban discutiendo y mi mamá nos llamó: "Vénganse mis hijos, miren, miren a este hombre aquí, ¿qué pueden ver? No tiene nada". Decía cosas así, bien... bien terrible, cosas que nosotros no debíamos estar escuchando, menos mis tres hermanas adolescentes. (P2)

En el caso de Finí uno de los momentos de mayor relevancia fue cuando su hermano arremete contra su padre, intentando proteger a su mamá: Finí lo relata de la siguiente manera:

Yo me acuerdo que una vez él le metió un puño aquí y... y en el codo y esto se le levantó. Entonces, ella se enfureció y fue cogió un palo y le dio por aquí [muestra frente] y le abrió esto aquí [muestra cerca del ojo]. Entonces, siguieron golpeándose ahí. En ese acontecimiento fue que mi hermano buscó un tablón de estos 2x4. Si nosotros no nos metemos papi hubiese muerto ese día porque cuando él le mandó así... lo iba a coger por aquí, por la nuca. (P2)

3. ¿Cómo esos momentos significativos inciden en la adultez de los cinco participantes?

A continuación se presenta como cada uno de los informantes plantea cómo los momentos significativos de violencia doméstica inciden en su adultez.

Pepín

Eh bueno yo te voy a señalar dos respuestas, una en el ámbito positivo y una en el ámbito negativo. Eh yo creo que la experiencia de haber sobrevivido a la violencia doméstica y de haberla visto con mis propios ojos, me enseñó a mí a esas cosas que uno aprende a no hacer. Yo aprendía qué era lo que tenía que hacer en mi vida porque yo no quería terminar ni como mi papá ni como mi mamá, ni muerto ni preso.

Me provocó muchas inseguridades, yo tuve unos años bien fuertes sabes, yo diría que este momento es la mejor etapa, este pero fueron años bien difíciles, prácticamente de reconstruir todo lo destruido. (CVDH)

Yo no tengo por qué reproducir esos patrones y de alguna maneras, las veces, claro como yo crecí en un entorno tan violento, eso es otro ámbito que yo tengo que manejar, porque realmente la violencia es una cosa que en mi casa siempre existió y que lo aprendí.

Rosa

Sí, porque mira volví a caer en la violencia, en dos tipos de violencia, o sea, la violencia primero, este verbal, intelectual (risa) si existe y la física, caí en lo que yo le criticaba a mi mamá que no

*cayera, yo caí. Y entonces, yo siempre decía mami, pero por qué tú no sales de él, por qué tú no te divorcias de él. Y ella me dice, es que no puedo, es que no es fácil. Y exactamente yo entiendo ahora por qué, porque no es fácil, o sea, es una guerra entre lo estoy haciendo bien o soy culpable, yo soy la culpable.*

*... Así que me quedé siete años y yo decía Ok. Entonces ya, la segunda, uno dice contra volver otra vez a lo mismo. Entonces ya uno aguanta más cosas porque yo no quiero volver a pasar por lo mismo, pero me metí con la persona equivocada, por las razones equivocadas, pensando en que si aguantaba y pensaba las cosas mejor, él iba a cambiar. Pero no, era una persona maltratante y es una persona manipuladora, que busca la debilidad de la persona.*

*... Porque yo era de las que tan pronto pensaba en algo, yo era la que sacaba el puño y pa' fuera, tú sabes. Y mi papá me sacaba el monstruo y todavía a veces yo lo veo y en mi mente lo que quisiera hacer es pararlo frente a la pared y empujarlo y tirarlo por las escaleras para abajo, porque la violencia fue tan grande que yo lo veo en mami y todo lo que le ha hecho a mami. (P3)*

#### Mota

*Pues mira, con los demás... puede ser... Yo, pues no soy fuerte y... y... y yo no sé si de verdad tuvo un impacto pero en cuestión de mi relación yo creo que todo lo que yo le recriminé a mis padres y todo lo que yo... este... me hubiera gustado que ellos hicieran, yo me lo desquito todas con mi esposo. O sea, mi relación nunca se ha vuelto violenta, nosotros nunca nos hemos pegado y... y nunca se ha vuelto así, o yo nunca he tenido que... que este... tener una relación sexual sin que yo la quiera hacer. En cuestión de eso, nunca ha sido así pero en cuestión de encontronazos fuertes de que yo le... le... A veces las peleas son grandes porque son como... Es como yo desquitándome todo lo que... lo que yo tenía en mi casa, a veces me la desquito con él. Y eso sí es algo que persiste, que tengo que trabajar muchísimo porque sé que es algo que no quise ver en mi familia y tampoco quiero que la nena veinte años después de hoy sea yo. (CVDH) y (P3)*

#### Tito

*Bueno, en mi vida llegó un momento en que yo decidí que yo no quería relacionarme con ninguna mujer porque relacionarse con una mujer era mucho problema, mucho sufrimiento y era más fácil estar con un hombre... (P3)*

*Te digo, yo no quería tener hijos. Yo sé que... yo sé que eso está en mí, eso... esa forma de ella tan... en mis genes. Yo sé que dentro de mí está la capacidad para poder ser igual de... que ella. (P3)*

*... Así que mi visión del amor es bien difícil. Estar conmigo es bien difícil porque yo puedo estar contigo, te puedo amar un montón pero si me tengo que mover me muevo y se acabó porque yo viví mi vida así. (P3) A mí me sacaron de mi casa, de mi familia, me fui y cada... Yo estuve en un año... Yo me mudé como treinta veces de sitio. Yo no pude adaptarme a nada, yo no pude amar a mi mamá, ella no me dio la oportunidad, ni ella me amó a mí. Este... yo no podía abrazar a mis hermanos porque mi mamá también era bien... de mente bien sucia, tú sabes... (P3)*

#### Finí

*¡Ay, terrible! Porque... eh... (Suspiro.) Con mis parejas yo nunca fui tolerante, no fui tolerante. Eh. Yo trataba de evitar todo episodio que llevara a un acto violento y trataba de resolver las cosas lo mejor posible y si no se resolvían, “o tú te vas o yo me voy”. Pero siempre ponía tierra de por medio. Yo creo que por eso mis relaciones con las parejas duraron poco... (Pausa) ...poco. Porque no soy tolerante con muchas cosas.*

*Bueno, yo creo que... (Ríe)...yo creo que me afectó bastante porque aún así no soy tolerante. (CVDH) (P3)*

Mediante los testimonios brindados por cada uno de los y las participantes se percibió que la violencia doméstica experimentada durante la niñez y la adolescencia incide en la adultez de múltiples maneras en cada uno de los informantes. No obstante, hay características comunes en ellos y ellas que son las emociones de: coraje, tristeza, culpa y vergüenza. También, se observó que los y las participantes buscaban tareas para ocupar su tiempo y así estar ausentes de su entorno familiar. Son personas que abandonan el hogar prematuramente. Además, tienen que enfrentarse a situaciones de riesgo que los hacen madurar más temprano y asumir responsabilidades que sobrepasan su entendimiento y experiencia. Dichas características hacen que la forma en que se relacionan consigo mismos y con los demás esté matizada por esas experiencias del pasado.

También, se observa que la escuela jugó un rol importante en la vida de los y las participantes. Ellos y ellas señalaron que la escuela y los maestros fueron muy importantes en sus vidas porque era un espacio en el cual podían olvidarse de la violencia doméstica.

Además, se debe señalar el papel relevante que representó el alcohol en la vida de los testigos. Este era uno de los detonantes de la violencia doméstica. Cuatro de las cinco personas entrevistadas reportaron incidentes violentos graves bajo la influencia del alcohol.

## Resumen de Hallazgos

En los testimonios ofrecidos por Pepín, Rosa, Mota, Tito y Finí, se pudo detectar, de inmediato, que todos fueron testigos presenciales de la violencia doméstica en la niñez o adolescencia. Los relatos testimoniales coinciden en identificar a la madre como la víctima directa o indirecta y cada incidente de violencia dejó en ellos y ellas huellas imborrables en su forma de ver el mundo y la vida. Sin embargo, es importante señalar, que el estado actual de estos informantes sorprende la predicción convencional.

Los informantes entrevistados han podido romper con el ciclo generacional de violencia doméstica. Sus relatos parecen contravenir lo que se ha reconocido por algunos estudiosos para aquellos niños y niñas que vivieron un patrón de violencia doméstica cuya premisa señala que el patrón de violencia doméstica se repetirá de generación en generación. Es decir; la percepción mecánica de que... “si fuiste testigo de violencia doméstica en tu familia, cuando formes tu familia, también se suscitará la violencia doméstica ya sea como víctima o victimario”.

Al analizar las historias de vida de cada uno de los participantes se encuentra que ellos y ellas establecieron una estrategia para lidiar con la manifestación de la violencia doméstica experimentada en su hogar. Ninguno de los participantes se mantuvo inmune o ajeno a la violencia doméstica. Para ellos y ellas, la violencia doméstica tuvo un costo emocional. La totalidad de los y las participantes intentaron hacer algo para romper con el

ciclo de violencia de doméstica generacional. Además, ellos y ellas mostraron en mayor o menor grado conductas resilientes.

En cuanto al tema de la resiliencia, cuando se comenzó la investigación tenía una definición bastante genérica del asunto. Luego de haber escuchado a los y las participantes y analizar a profundidad sus respuestas, surgió una redefinición del concepto. Por consiguiente, la resiliencia es un conjunto de conductas, cualidades y actitudes que permiten a personas que han sufrido circunstancias adversas a través de su vida recuperarse y transformarse. La resiliencia es un proceso que puede ser el resultado de elementos azarosos, sin embargo, es más efectivo su incremento cuando se desarrolla de manera consciente y coordinada, guiada por un/a profesional de la conducta o fomentado a través de la escuela. Además, la resiliencia puede representar o conducir hacia una transformación de crecimiento paulatino y gradual, la cual hay que fomentarla y desarrollarla; es un atributo que tiene que trabajarse diariamente. La resiliencia no es producto de la educación formal, no por ir a la escuela se es resiliente. Hay aspectos como por ejemplo: los deportes, el baile, la música, las artes, las actividades culturales y las manualidades en la educación informal que pueden ayudar a manifestar conductas resilientes tal como se observa en los y las participantes. Para Pepín los deportes fueron su pasaporte para superar las experiencias relacionadas a la violencia doméstica mientras que para Rosa fue la música. Para Finí fue la costura y para Mota y Tito lo fue el baile. Por lo tanto, hay que proponer proyectos donde se incluya a la escuela y las actividades extracurriculares en el desarrollo de la resiliencia. De modo, que es imperativo incluir el desarrollo de la resiliencia como un atributo social y cultural.

El concepto resiliencia proviene de las Ciencias Físicas, se usa para referirse a la capacidad que tienen los metales para recobrar su forma después de haber estado sometido a altas temperaturas. El haber escuchado activamente a los participantes y analizar sus respuestas a profundidad, permite encontrar nuevas dimensiones del concepto. La primera, es que la resiliencia no debe ser una cualidad personal; ésta debe ser una cualidad social. Es decir, que se deben hacer esfuerzos por desarrollar este atributo en todas las personas.

De otra parte, relacionado con el fenómeno de la violencia doméstica uno de los hallazgos es que la razón principal de manifestación de la violencia doméstica sobre la mujer corresponde al patriarcado. La violencia doméstica no es producto de la falta de escolaridad, ya que en la mayoría de los casos las madres que eran receptoras de violencia doméstica eran mujeres educadas y trabajadoras. En la mayoría de los casos analizados en esta investigación, el padre o no trabajaba o malgastaba el dinero, lo que tenía como resultado que las madres fueran las proveedoras del hogar. Es decir, se observa una ausencia de la figura paterna en el aspecto socio-económico, que tiene como resultado que las mujeres los excluyan de su vida y la de los hijos. Esto rompe con una de las ideologías del patriarcado, la cual es el hombre el que debe proveer el sustento del hogar. También es importante señalar el uso y abuso del alcohol como detonador en los episodios de violencia doméstica. En varias narraciones los y las participantes mencionan cómo cuando una de las figuras parentales hace uso del alcohol se trastoca la paz del hogar.

## Conclusiones

Por medio de los testimonios brindados por cada uno de los participantes y a base de los hallazgos de este estudio, concluyo que la violencia doméstica experimentada

durante la niñez y la adolescencia incide en la adultez de múltiples y diferentes maneras en cada uno de los y las informantes. No obstante, hay características comunes en cada uno de ellos y ellas. Dichas características hacen que la forma en que se relacionan consigo mismos y con los demás, esté matizada por esas experiencias del pasado. Luego de analizar profundamente las cinco historias de vida, la autora de este artículo llega a las siguientes conclusiones:

1. La resiliencia es una alternativa de vida al modelo de violencia que vivieron los y las participantes durante su niñez y adolescencia. Sin embargo, hay momentos de retroceso y de vulnerabilidad en la vida de ellos y ellas. Aún en el disfrute de la resiliencia, queda un recuerdo del trauma.
2. La historia de vida de Tito permite concluir que la violencia doméstica puede originarse también, en la figura materna con igual o mayor intensidad que cuando la ejerce la figura paterna.
3. Las experiencias que relataron los participantes sobre la resiliencia son más ricas, profundas y convincentes que la literatura teórica, porque se pudo observar y sentir la dinámica viva de las conductas resilientes. Se observaron las inconsistencias porque a veces en los participantes había dudas y retrocesos. Por lo tanto, la resiliencia es un proceso dinámico que se aleja de ser un proceso lineal.
4. Los participantes de esta investigación han logrado, en esta etapa de su vida, conductas resilientes. Sin embargo, quedan dudas si estas personas están en un estado de remisión con relación a la violencia doméstica o si pueden manifestar conductas de violencia doméstica en algún momento de sus vidas.

Es precisamente, el hecho de que los y las participantes puedan en algún momento de sus vidas manifestar conductas violentas, lo que permite a esta autora justificar la proposición de una serie de ideas que resulten en los fundamentos para la creación de un modelo de intervención dirigido a trabajar con adultos que experimentaron violencia doméstica en su niñez o adolescencia.

## Recomendaciones

Se recomienda un modelo de intervención está basado en la premisa de que los efectos de la violencia doméstica en los hijos e hijas tienen consecuencias a largo plazo. Además, esta premisa permite reconocer que la violencia doméstica tiene sus fundamentos en las diferencias por género, producto del proceso de socialización en la sociedad patriarcal. La propuesta de este modelo de intervención está basada, además, en los estudios directos e indirectos sobre el tema, en la experiencia laboral de la autora y en sus conocimientos sobre el tema y sin lugar a dudas, en las experiencias compartidas y vivenciadas por Pepin, Rosa, Mota, Tito y Finí.

Como se indicó anteriormente, existe un estrecho vínculo entre el proceso de socialización, la diferencia por género y la violencia doméstica. Santiago (2001) explica la relación entre socialización y violencia doméstica de la siguiente manera:

A través del proceso de socialización y las estructuras socializantes (la familia, la iglesia, la escuela, el vecindario, los medios de comunicación y las ocupaciones), se ayuda a que este tipo de conducta se perpetúe y se vea como lo relativamente normal dentro de la dinámica social de la pareja sentimental. Mientras a los hombres se les programe para



ser agresivos y a las mujeres para ser sumisas, se crearán las condiciones para mantener la violencia doméstica. (p.22)

Dicho en otras palabras, es a través del proceso de socialización en las sociedades patriarcales donde se atribuyen a hombres y mujeres conductas diferentes, y se fomenta su perpetuidad de naturaleza antagónica. Esa es tierra fértil para que germine y crezca la violencia doméstica. Ciertamente, ello fomenta que los hombres ejerzan conductas discriminatorias y se les consienta su conducta. En el proceso de socialización las personas aprenden los roles, reglas y relaciones para cada género que incidirán en el empleo de la violencia como modo de regulación y de control. Las estructuras de socialización corresponden a los grupos sociales dentro de los cuales se da la interacción humana. A nivel de la familia, la escuela, el vecindario, los pares, medios de comunicación y la iglesia es donde se da el proceso de socialización de mayor impacto de aprendizaje social. En cada una de estas estructuras sociales, formales e informales, es que se aprende el conjunto de valores, creencias y patrones de comportamiento que se ponen en práctica en la configuración total de la cultura. De otra parte Santiago (2001), señala que:

Como una estrategia de trabajar con el problema de la violencia doméstica, recomendamos crear modelos de intervención en los cuales se pueda influenciar en forma directa y concertada en las estructuras de socialización, con el objetivo de propiciar conductas más solidarias, de respeto, de paz y de armonía, quebrantando así la raíz de la violencia doméstica. (p. 22)

La afirmación de Santiago constituye una invitación a que se trabaje con las estructuras de socialización de manera planificada y organizada con el objetivo de cambiar la forma en que se educa a los hombres y a las mujeres para ir eliminando la violencia doméstica.. Afirma Santiago (2001), de manera novedosa, una propuesta para impactar el fenómeno de la violencia doméstica a nivel social desde un acercamiento preventivo. No menos importante, adelanta un elemento remediativo en tanto que se propone impactar por igual a las víctimas como a victimarios en un proceso de ayuda enfocado a su re-socialización.

El proceso de ayuda que se propone tiene como propósito re-socializar a los hijos o hijas no resilientes. También tiene como objetivo brindar ayuda a personas en remisión. Para los no resilientes se procurará que aprendan nuevas formas de relacionarse, examinando su proceso de socialización, trabajando los asuntos no resueltos de su familia y que desarrollen un nuevo paradigma para tener mejores relaciones. La re-socialización estará enfocada en llevar al individuo maltratante a un proceso que le permita cuestionar los roles por género que se asumen en la sociedad patriarcal. El modelo que se propone tiene tanto una estructura de ayuda individual como grupal. A pesar de que este modelo pretende proveer alternativas de intervención para personas no-resilientes, es menester apuntar también que habrá espacio para trabajar con otras corrientes fundamentadas en la psicología positiva que reconocen la inclusión de programas e instituciones de servicio para niñas y niños víctimas de violencia doméstica. El modelo propuesto procurará identificar el servicio comunitario de personas resilientes con el propósito de divulgar el importe de ejemplaridad en otras personas, familias, escuelas y comunidades resilientes.

El modelo propuesto requiere de profesionales de ayuda que sean conocedores del fenómeno de la violencia doméstica a cabalidad. Además, éstos deberán estar disponibles y comprometidos a asumir un rol pro-activo en el objetivo mayor: contribuir en efectuar cambios en las estructuras de socialización.

## Referencias

- Amar, J., Kotiarenko, M., & Abello, R. (2003). Factores psicosociales asociados con la resiliencia en niños colombianos víctimas de violencia intrafamiliar. *Investigación y Desarrollo, 11*, 162-197.
- Banco Interamericano de Desarrollo Social. (2001). *Violencia doméstica contra la mujer*. Recuperado de: [www.iadb.org/sds/doc/SOCNotaTecnica7S.pdf](http://www.iadb.org/sds/doc/SOCNotaTecnica7S.pdf)
- Berríos, C. A. (1997). *Un estudio biosicosocial de la violencia doméstica y la depresión en mujeres*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Bravo, M., Colberg, E., Martínez Ramos, L., Martínez Miranda, M., Méndez, A., & Seijo Maldonado, L. (1994). *La construcción social del género y la subjetividad: Educación y trabajo*. En A. Colón (Compiladora), *Tercer Encuentro de Investigadora: Programa de Intercambio CUNY-UPR* (pp. 56-83). San Juan, P. R.: Centro de Investigaciones Sociales de la Universidad de Puerto Rico.
- Caro, E. et al (2000). *Cuando a mami la maltratan*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Casa Protegida Julia de Burgos. (18 de septiembre de 1999). Maltrato y agresión psicológica. *El Nuevo Día*, p. 89.
- Comisión Judicial Especial. (1995). *El discrimen por razón de género en los tribunales*. San Juan, PR: Autor.
- Comisión para Asuntos de la Mujer. (1997). *Informe estadístico sobre violencia doméstica*. San Juan, PR: Autor.
- Coalición Puertorriqueña contra la Violencia Doméstica. (1998). *Mujeres contra la violencia doméstica*. San Juan, PR: Imprenta Sistema Universitario Ana G. Méndez.
- Coalición Puertorriqueña contra la Violencia Doméstica (2006). *Mujeres por la erradicación de la violencia*. San Juan, PR: Autor.
- Coalición Puertorriqueña contra la Violencia Doméstica (2006). *¡Aquí no se tolera la violencia doméstica!* San Juan, PR: PR: Autor.
- David, C., Steele, R., Forehand, R.S., & Armisted, L. (1996). The role of family conflict and marital conflict in adolescent functioning. *Journal of Family Violence, 11*, 81-91.
- Fernández, B., Roman, J., Cruz, E., & Avila, M. (2003). *Masculino que ninguno: Una perspectiva socio personal del género, el poder y la violencia*. Republica Dominicana: Editora Centenario.
- Ferrer, M. L. (2003). *Historias orales de mujeres sobrevivientes de violencia doméstica: Implicaciones para la consejería*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Figueroa, M. (1988). *Funcionamiento social de los hijos de mujeres víctimas de violencia conyugal, albergadas en el hogar Ruth*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, P. R.
- Gardiner, S. (1992). Out of harm's way: Intervention with children in shelters. *Journal of Child and Youth Care, 7*, 41-48.
- Garmezy, N. (1971). Commentary. *Journal of Nervous and Mental Disease, 153*, 317-322.

- Goldner, V., Penn, P., Sheinberg, M., & Walker, G. (1997). Love and violence: Gender paradoxes in volatile attachments. En M. M. Gergen & S. N. Davis (Eds.), *Toward a new psychology of gender* (pp. 575-601). New York: Routledge.
- González, J. (2003). Construcción, cuestionamiento y deconstrucción del concepto de masculinidad. En L. Martínez Ramos & M. Tamargo (Eds.), *Género, sociedad y cultura* (pp. 43-63). San Juan, PR: Publicaciones Gaviota.
- Holden, G. W. (1998) *Introduction: The development of research to another consequence of family violence*. Washigton, DC: American Psychological Association.
- Hughes, H., & Barad, S. (1983). Psychological functioning of children in a battered women's shelter. *merican Journal of Orthopsychiatry*, 53, 525-531.
- Instituto Puertorriqueño de Derechos Civiles. (1994, septiembre). *Manual para mujeres maltratadas*. San Juan, PR: Autor.
- Jaffe, P., Wolfe, D., Wilson, S., & Zak, L. (1986) Similarities in behavioral and social maladjustment among child victims and witnesses to family violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 142-146.
- Leyes de PR Anotadas. (1989). Título 18, 19, 20. Equity Publishing Company.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: Resistir y rehacerse*. Barcelona, España: Editorial Gedisa.
- Martínez, L. M., & Tamargo, M.(2002). *Género, sociedad y cultura*. San Juan, PR: Publicaciones Gaviota.
- Molina, G. M., y Fernández, A. (2009, Enero-Abril). Perfil del agresor de violencia doméstica. *Scientific International Journal*, 6, 15-37.
- Lucca Irizarry, N., & Berríos Rivera, R. (2003). *Investigación cualitativa en educación y ciencias sociales*. Hato Rey, PR: Publicaciones Puertorriqueñas.
- Mujeres en marcha. (1999, Febrero). Demanda contra la Ley 54: Un acto más de sexismo. *Mujeres en marcha*, 16, 4.
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Sexagésimo primer período de sesiones: Promoción y protección de los derechos de los niños*. New York, NY: Autor.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer*. Ginebra, Suiza: Autor.
- Patró, R., & Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en los hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21, 11-17.
- Reyes, R. (2002). *La exposición de los/as niños/as a la violencia doméstica: Experiencias, emociones y construcción mental*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- Santiago, C. (2001). Violencia doméstica y violencia en el noviazgo. *Revista Profesional de APCP*, XVI, 18-23.
- Servicios Legales de Puerto Rico. (1997, Agosto). *Violencia doméstica*. San Juan, P R: Autor.
- Silva, R., Rodríguez, J., Cáceres, V., Martínez, L., & Torres, N. (1996). *Hay amores que matan: La violencia contra las mujeres en la vida conyugal*. Río Piedras, P R: Ediciones Huracán.
- Snyder, C. R., & López, S. J. (2005). *Handbook positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.

- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research*. Newbury Park, CA: Sage, Inc.
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de intervención*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Taylor, W., Magnussen, L., & Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7, 563-585.
- Torres Falcón, M. (2001). *La violencia en casa*. Mexico, DF, Mexico: Paidós.
- Torres, N. (1999). *Hombres, masculinidades y violencia doméstica: Percepciones de algunos hombres sobre los actos de maltrato que se cometen contra la pareja*. (Tesis doctoral no publicada). Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.
- UNICEF. (2000). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Centro de investigaciones Innocenti Florencia – Italia. *La violencia doméstica contra mujeres y niñas*. Recuperado de: [www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/digest6s.pdf)
- Vale Nieves, O. (2003). Construcción, cuestionamiento y deconstrucción del concepto de masculinidad. En L. Martínez Ramos y M. Tamargo (Eds.), *Género, sociedad y cultura* (pp. 43-63). San Juan, PR: Publicaciones Gaviota.
- Valle, D. (1996). Validating coping strategies and empowering latino battered women in Puerto Rico. En A.R. Roberts (Ed.), *Helping battered women: New perspectives and remedies* (pp. 483-511). New York, NY: Oxford University Press.
- Valle, D., Albite, L., & Rosado, I. (1999). *Violencia en la familia... una perspectiva crítica*. San Juan, PR: Ediciones de Familia y Comunidad.
- Vicente, E. (2003). *Género, sociedad y cultura*. San Juan, PR: Publicaciones Gaviota.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York, NY: Harper & Row.
- Wolcott, H. F. (1994). *Transforming qualitative data: Description, analysis, and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage.

## Apéndice A

### Protocolo de Preguntas guías Historia de vida

#### Nacimiento y familia de origen

- ¿Qué recuerdas de tus primeros años de vida?
- ¿Cómo describes la personalidad de tus padres, cuando te desarrollabas?
- ¿Qué cualidades tenían? ¿Cómo eran ellos emocionalmente? ¿Cómo describirías su carácter?
- ¿Cuáles eran las características y cualidades positivas? ¿Cuáles eran negativas?
- ¿Qué sentimientos experimentas cuando recuerdas a tus padres?
- ¿Qué significaban tus padres para ti?
- ¿Cómo eran las relaciones entre tus padres?
- ¿Cómo repercutió la relación de tus padres en tu vida?

#### Escenario cultural y tradicional

- ¿Qué recuerdas sobre influencias culturales en tu niñez?
- ¿Qué celebraciones familiares o culturales, tradiciones y rituales fueron importantes en tu vida?
- ¿Qué ideas o creencias piensas que tus padres quisieron enseñarte?

¿Cómo se veía en aquellos tiempos y el lugar donde vivían la relación que tenían tus padres?

#### Factores sociales

¿Cómo evaluarías la forma que te criaron?

¿Qué recuerdas sobre las influencias culturales en etapas temprano en tu vida?

¿Cómo describes el modo de compartir de tus padres contigo?

¿Cuál fue el evento más significativo en tu niñez y adolescencia?

¿Cómo era tu relación con tus padres?

¿A qué atribuyes los episodios de violencia doméstica que había en tu familia?

#### Educación

¿Cuáles son tus mejores recuerdos de la escuela?

¿Cuáles fueron tus maestros/as favoritos y cómo influyeron en ti?

¿Cuáles son tus peores recuerdos de la escuela?

¿Qué papel jugó la escuela en tu vida mientras tenías las experiencias de violencia doméstica en tu hogar?

#### Amor y trabajo

¿Cómo han sido tus relaciones amorosas?

¿Cuáles eran tus aspiraciones cuando eras pequeño(a)?

¿En qué trabajas?

¿En que has trabajado?

¿Cómo te sientes en el trabajo?

#### Eventos históricos

¿Cuál ha sido el evento histórico más importante en el cual hayas participado con tu familia?

¿Qué es lo más importante que has recibido de tu familia?

¿Qué es lo más importante que tú has dado a tu familia?

#### Espiritualidad

¿Cómo te describes como niño/a?

¿Cómo fue tu niñez?

¿Has buscado ayuda profesional?

¿Cómo fue la experiencia?

¿Cómo te describes como adulto?

¿Qué rol juega la espiritualidad en tu vida?

¿Qué principios guían tu vida?

#### Visión de futuro

Cuando piensas en el futuro: ¿Qué es lo que más que te inquieta? ¿Qué te brinda más esperanza?

¿Cómo te visualizas en el futuro en 5, 15, 25 años?

¿Cómo es la imagen que tienes de tu persona?

¿Hay algo más que quieras contar de tu historia?

#### Preguntas de cierre

¿Sientes que has hecho una buena descripción de tus circunstancias durante tu infancia y adolescencia respecto a las experiencias de violencia doméstica vividas por ti?

Dando una mirada atrás al tiempo en que viviste las experiencias de violencia doméstica, dime qué piensas ahora de esas vivencias.

Cuéntame qué ha sido lo más importante que has aprendido sobre las situaciones de violencia doméstica vividas.

¿Hay algo que hayas dejado de expresar respecto a lo que opinas acerca de la violencia doméstica?

Basado en Atkison, R. (1998). *The life story interview*. California: Sage Publications.

## Apéndice B

### Categorías

1. *Manifestación de la violencia doméstica*: en esta categoría se agrupa todo las dimensiones asociadas a la violencia doméstica como lo son el ciclo de violencia domestica y sus periodos. Las subcategorías que se incluyen son: Ambiente en el hogar (AH), Ambiente en el hogar sin Padre (AHSP): Familia de origen (FO). Características de la víctima. (CVA) Características del victimario(a) (CVO) Poder y el control (PC) y Tipos de maltrato (TM). A continuación se describe cada una de las subcategorías.
2. *Ciclo de violencia de doméstica (CVD)*: en esta se reúnen todas las narrativas que describen alguna etapa del ciclo de violencia doméstica. Las etapas del ciclo de violencia doméstica son:
  - a. *Acumulación de Tensión (CVDAT)*: - Periodo de conflictos menores y posiblemente algún maltrato físico. En esta etapa la víctima percibe la acumulación de tensión, trata de hacer algo al respecto, buscando agradar o bromear con su pareja.
  - b. *Un episodio violento importante (CVDEV)*: - Un incidente violento puede desencadenarse por una discusión insignificante sobre cualquier situación doméstica sin importancia. Por ejemplo: la excusa podría ser la comida, la ropa, etc. Una vez la pareja maltratante comienza el ataque, la víctima puede hacer muy poco para detenerla. Nada parece funcionar para hacer entrar en razón al atacante.
  - c. *Periodo de arrepentimiento (CVDPA)*: - Después de un incidente violento, la pareja maltratante se siente avergonzada y llena de culpas. Se reproducen las promesas de que nunca volverá a ocurrir. La parte agresora se torna exageradamente atenta y hasta puede llegar con regalos caros. Esta fase va desapareciendo poco a poco hasta que llega a sustituirse nuevamente por la fase de acumulación de tensión.
3. *Ambiente en el hogar (AH)*: en esta agrupé todas las narrativas que tienen que ver con el ambiente físico, emocional y social que rodeaba a la familia.
4. *Ambiente en el hogar sin Padre (AHSP)*: con esta recopile todas aquellas narraciones que describen cómo era el ambiente en el hogar cuando el papá abusador no estaba presente.
5. *Familia de origen (FO)*: en esta categoría se agregan todas las narrativas que describen como era el trasfondo familiar de los padres.
6. *Características de la víctima (CVA)*: en esta se reúnen todas las narrativas que describen a la víctima de violencia doméstica.
7. *Características del victimario (CVO)*: en esta se juntan todos los relatos que describen al ejecutor o ejecutora de violencia doméstica.

8. *Poder y el control (PC)*: en esta categoría recopile los relatos que tienen que ver con el aspecto de supremacía y dominio que ejerce el victimario sobre su víctima, la coalición Coordinadora Paz para la Mujer (2007) explica y ofrecen ejemplos de las formas mediante las cuales los agresores ejercen el poder y el control sobre la pareja. Estas conductas de poder y control tienen como objetivo gobernar la vida de la víctima. He aquí las formas:
  - a. Control económico (PCE) - Evitar que la mujer trabaje o que administre su propio dinero. Controlar y administrar el dinero de la familia. Negar el dinero para las necesidades familiares, aunque a veces lo malgaste.
  - b. Amenazas (PCA)- Atemorizar a la pareja con quitarle sus hijos(as), amenazas de muerte, perseguirla, suicidarse, hacer daño a su familia o acusarla falsamente ante agencias del gobierno. Intimidar con gestos y gritos, llamadas telefónicas o rondar la casa.
  - c. Utilización de los(as) hijos(as) (PCUH)- Manipular a los hijos e hijas para hacer sentir culpable a la pareja. Utilizarlos(as) para enviar mensajes, obtener información y hostigar a la pareja.
  - d. Privilegio de ser hombre (PCPH)- Exigir trato especial en el hogar, que se le atienda y se la sirva. Espera ser el primero siempre y el que ostenta el poder. Toma las decisiones importantes, otorga permisos y privilegios sin consultar a la pareja.
9. *Tipos de maltrato (TM)*: En esta categoría trabaje los tipos de maltrato que la literatura, sobre el tema de la violencia doméstica, describe.
  - a. Maltrato físico (TMF)- Hacer uso de fuerza física para causar daño a la pareja o para obligarla a realizar algún acto que ésta no desea. Incluye golpes, patadas, puños, empujones, mordiscos, fracturas, heridas, mutilaciones, etc. En ocasiones se utilizan armas como cuchillos, machetes, bates y armas de fuego.
  - b. Maltrato psicológico (TMP)- Desvalorizar y ridiculizar a la pareja haciéndola sentir mal con ella misma y empobreciendo su autoestima. Ofender a su familia y amigos(as) o destruir su propiedad para atemorizarla. Insultar, amenazar, intimidar, así como utilizar otras estrategias emocionales para ejercer poder y control sobre la pareja.
  - c. Maltrato sexual (TMS)- Utilizar la violencia en acercamientos sexuales y tratar a la pareja como objeto sexual. Exigir relaciones sexuales sin consentimiento ni deseo de la pareja. Obligar a la pareja a prácticas sexuales no deseadas y agredirla en sus genitales.
  - d. Restricción de libertad (TMRL)- Utilizar la violencia o intimidación contra la pareja para limitar su libertad. Controlar lo que hace, con quién se relaciona e incluso su movilidad física. Controlar sus salidas, no permitirle visitar parientes o amigos(as), así como controlar su correspondencia postal o el uso del teléfono. Tales acciones pueden incluir el prohibir u obstaculizar sus planes o gestiones de estudio y trabajo.
10. *Consecuencias de la violencia doméstica en los hijos (CVDH)*: En esta se agregan las narrativas que describen como se sentían los hijos en relación a la experiencia de la violencia doméstica ya sea en la niñez o como adultos.
11. *Intentos por romper Ciclo de Violencia Doméstica (IRCVD)*: en esta agrupé todas las narrativas que tienen que ver con la experiencia que tiene cómo objetivo intentar sacar a la víctima de la situación de violencia o con aquellas gestiones que hace el participante para romper con el ciclo de violencia generacional.
12. *Características resilientes (CR)*: en esta categoría agrupé las características que tienen que ver con el concepto de resiliencia. Es decir, todas las conductas que muestran las personas que a pesar de que en su niñez experimentaron violencia doméstica, en su

adulthood no reproducen ese patrón en sus vidas. Esta categoría se dividió en cuatro subcategorías, entre las que figuran:

- a. Autovaloración (CRAV): esta subcategoría tiene que ver con las destrezas de demostrar y recibir afecto a pesar de circunstancias adversas. De sentir respeto por sí mismos y por los demás; de lograr aceptación y aceptar a otros; destacarse en el plano académico y ser reconocido por sus buenas acciones.
- b. Autorregulación (CRAR) son aquellas características que muestran la capacidad de controlarse a sí mismos/as ante sucesos que le generen sentimientos de desagrado. Conductas que muestran que son capaces de reconocer sus errores y enmendarlos. Conductas que demuestran que son capaces de reconocer sus temores y superarlos. También, cuando son capaces de controlar sus impulsos y emociones; asumiendo responsabilidad por sus actos.
- c. Competencias Individuales (CRCI) son todas las reacciones que se tienen ante los problemas de la casa y la escuela, la capacidad de solucionar problemas, de toma de decisiones, de mostrar independencia en la realización de tareas, el buen desempeño en la escuela, las actividades extracurriculares e ideas personales.
- d. Habilidades Sociales (CRHS) esta conducta es la que presenta una destreza de resiliencia más sofisticada ya tiene que ver con la capacidad de mantener relaciones afectivas y de amistad saludables. Está relacionado también con mostrar amabilidad y con la percepción de emociones en otras personas.



## La violencia de género y su implicación con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS)

Gladys Garay Sánchez, Ed.D.  
Profesora y Consultora Independiente  
Educatora en Ciencias de la Salud Pública y la Conducta Humana  
[ggscuartest@yahoo.com](mailto:ggscuartest@yahoo.com)

Angel Villafañe Santiago, Ed.D., MRC  
Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Río Piedras  
[angelpr39@gmail.com](mailto:angelpr39@gmail.com)

### Resumen

La violencia es uno de los problemas sociales que afectan la población femenina. La misma se expresa en diferentes formas, avalada por la construcción social de género. Este trato desigual entre la mujer y el hombre trae consigo implicaciones que afectan las decisiones sexuales que pueda tomar la mujer. El uso de protección sexual, la negociación sexual, la posibilidad de una revelación de diagnóstico son diferentes factores propiciados por la violencia. Esta culturización de género hace que la mujer arriesgue su salud sexual. Por estas razones la violencia en la relación de pareja propicia en la mujer limitadas formas para la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS).

Palabras Claves: violencia, Virus de Inmunodeficiencia Humana, enfermedades trasmisión sexual

### Abstract

Violence is one of the social problems that affect women. It can be expressed in different ways, and is often supported by the social construction of gender. This unequal treatment between the genders has implications that can have an impact on a woman's sexual decisions. The use of sexual protection, sexual negotiation, the possibility of revealing positive diagnoses are several factors that can be affected by violence in the relationship. This cultural construction of gender can influence the risks a woman takes in terms of her sexual health. For these reasons, relationship violence can limit the ways a woman can protect herself from the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and Sexually Transmitted Diseases (STD).

Keywords: violence, human immunodeficiency virus, sexually transmitted disease

El acto de la violencia es definido como la alteración, las amenazas, la agresión física o emocional. Las distintas formas de expresarla se manifiestan mediante la fuerza, el poder, la coerción, la agresión e intimidación. Todas han tomado auge en diversos escenarios tanto educativos, como institucionales y familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) ha determinado que la violencia es uno de los problemas sociales que más se está observando a nivel mundial. La violencia ha sido empleada por siglos y en la actualidad está siendo utilizada con mayor frecuencia en poblaciones vulnerables como las niñas, las adolescentes y las mujeres (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006; Velzeboer, 2003). Por esta razón, Jensen (2009) explica que la violencia ha sido percibida por la mujer como un acto natural, en el que era remoto catalogar la acción como una violación a los derechos de quien la recibe.

Probablemente este fenómeno se deba a la construcción del género en la que influyen las formas en que los padres y madres educan, los valores impuestos según los criterios de crianza; los aspectos religiosos y el mismo proceso de aculturación. Muchas veces en este último, se legitima la supremacía de un género sobre otro predominando la masculinidad. Se resalta la fortaleza del hombre versus la supuesta debilidad de la mujer llegando al extremo de aceptar la violencia como parte del proceso de la relación de pareja. A esos efectos, Ide, Sanford & Alpern, (2000) señalan que la mujer asume un papel maternal, sumisa, cariñosa, trabajadora del hogar y complaciente con el hombre. Esto se puede interpretar como parte de los roles asignados a la construcción del género femenino que al dejar de llevarlos a cabo e incumplir con las expectativas masculinas puede conducir a la violencia física o emocional desembocando en la violencia por género.

La violencia de género puede definirse como el acto de amenaza o agresión que ocasione algún daño a la salud física, sexual o psicológica. En este caso, se aplica el término como el empleo de abuso de poder en alguna situación de vulnerabilidad para la mujer. Este puede ser el caso de la violencia en el ámbito familiar donde la estructura patriarcal está arraigada por el constructo social y de género en el que el hombre es el que actúa el poder (Vale Nieves, 2003). De esta forma, la mujer es la que recibe la descarga de ese poder negativamente dirigido. Un ejemplo de ello, lo presenta la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Endireh en Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006) señalando que el 43.2% de las mujeres de 15-44 años en México informaron sufrir algún tipo de violencia por su pareja, sean expresadas como intimidación y/o dominación para tener relaciones sexuales con su pareja sin su consentimiento.

Según la OMS (2003) más del 36% de las niñas y el 29% de los niños han sufrido abuso sexual infantil en la región sur-sureste de México. Esto contrasta con lo indicado por Velzeboer, (2003) quien encontró que una tercera parte de las adolescentes ha sufrido una iniciación sexual forzada y en algunos países casi una de cada cuatro mujeres señaló haber sido víctima por parte de su pareja. Otros datos de una investigación realizada (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006) revelaron que el 10% de las jóvenes de 12-14 años, tuvo su primera relación sexual contra su voluntad. Estos investigadores señalan que en el pueblo de Chiapas en México, más de 1/3 de mujeres casadas o de unión consensual de 15 y o más años, han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su relación con su última pareja. Esto responde a que la violencia sexual es interpretada por muchas mujeres como una condición inherente a la masculinidad que satisface las necesidades del hombre por encima de las de su pareja. Por tanto, la violencia sexual se ha convertido en uno de los actos más comunes dentro de la relación de pareja constituyendo una coerción del derecho a tomar decisiones, a elegir y a ser felices como mujeres y como personas. De acuerdo con Hirschfeld (2008) y Calvin (2009) las expresiones de violencia por parte de la pareja limitan a la mujer a seguir unas medidas de prevención. Así lo expresa Calvin, cuando señala que “la experiencia de violencia hace que la mujer no pueda imponer medidas de prevención”. Esta situación de riesgo puede incidir en infecciones de transmisión sexual como lo es el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), pudiendo ocasionar el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Esto significa que el cuerpo carece de fortaleza para combatir las infecciones y otros procesos relacionados a las enfermedades en los seres humanos. Por tanto, el virus se mantiene latente afectando las células que protegen o sirven de defensa al sistema inmune. La infección por VIH puede estar asociada con la

violencia de género de manera directa a través de la violencia sexual, y de manera indirecta, por la incapacidad de las mujeres para negociar el uso de condones o las condiciones bajo las cuales las relaciones sexuales ocurren. La violencia sexual en la mujer constituye un importante factor de riesgo frente a la infección por VIH. Estos datos concuerdan con Hirschfeld (2008) al expresar que las mujeres con VIH de Puerto Rico revelaron que la violencia hacia ellas por parte de su pareja era un factor de riesgo para adquirir el VIH.

Según la Organización Mundial de la Salud (2009) la infección por VIH sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública con los que se enfrenta el mundo, en particular los países en desarrollo. Esta organización ha determinado que las mujeres son más sensibles a este virus que los hombres, aún más, porque la violencia de género aumenta su vulnerabilidad. Al principio de esta epidemia, la asociación del VIH con la violencia de género era oculta y máxime el relacionarla con la violencia sexual. Sólo se consideraban en riesgo las mujeres expuestas a algún tipo de violencia sexual: migrantes, trabajadoras del sexo y usuarias de drogas inyectables. A su vez, en el contexto del VIH, la decisión en cuanto a la salud reproductiva también se percibía afectada la mujer embarazada por el riesgo de transmisión vertical (Rutenberg, Biddocom, & Kaona, 2000). Sin embargo; las estadísticas reflejaron un aumento en la incidencia y prevalencia del VIH y las ITS, considerándose entonces, la relación entre la violencia de género y el VIH e ITS (Kishor & Johnson, 2004; Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006; Meston & Ahrold, 2008).

Un estudio con mujeres de Zimbabwe (García Moreno & Watts, 2001) reveló una fuerte relación entre el abuso físico y sexual para la violencia. Estas participantes informaron que era más probable que a quiénes las parejas le habían amenazado o agredido, informaran haber sido forzadas a tener relaciones sexuales, que las mujeres que no habían experimentado agresión física. Otro estudio realizado por Chappard (2008) reveló que el 45% de las mujeres con VIH entrevistadas había sido forzada a tener relaciones sexuales. Esta información provee que el uso del poder en las relaciones sexuales fue asociado con la prevalencia de la infección por VIH y otras ITS (Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, McIntyre & Harlow, 2008). Por esta razón, Pettifor, Measham, Rees y Padian (2008) exponen que la desigualdad de género juega un papel importante en la epidemia del VIH a través de sus efectos en el poder de la mujer en la relación sexual.

Lo expuesto avala la feminización del VIH en Estados Unidos (Diamond, Richardson, Milan, et al., 2005; Pugatch, Ramratnam, Strong, et al., 2004 & Weinhardt, Kelly, Brondino, et al., 2004). Estos autores han informado en sus estudios que son muchas las mujeres con el VIH en tratamiento clínico que han experimentado la violencia en sus vidas. También en América Latina, como lo es el caso de Puerto Rico la violencia se apodera en la vida sexual de la mujer cuando se limitan a tomar decisiones para prevenir riesgos a su salud debido al temor por las reacciones de sus parejas (Hirschfeld, 2008). Esto evidencia que son diversos los factores que inciden en la mujer que es víctima de violencia y a su vez, como consecuencia se generan diferentes maneras de llevar a cabo el acto de violencia conjugándose diversos aspectos sociales.

Otro tipo de violencia que se ha encontrado asociado a la desigualdad femenina lo es la explotación sexual en mujeres, siendo uno de los actos que revelan la violencia de género, razón para ello las altas tasas de relaciones sexuales forzadas (Organización Panamericana de la

Salud [PAOH], 2008). Un estudio de jóvenes en la ciudad Xhosa en Sur África (Pettifor, Measham, Rees & Padian, 2008) mostró el control del hombre sobre casi cada aspecto de las experiencias sexuales tempranas de las mujeres, animando la violencia y las prácticas sexuales forzadas. Esta acción provee a ellas limitadas posibilidades de negociar la relación sexual con protección y el uso consistente del condón. Esto ocurre porque las mujeres no ejercen su autonomía en la toma de decisiones sobre el derecho que poseen para su salud sexual (Ferreira, 2009).

Según Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, McIntyre y Harlow (2004) la situación se agrava si la mujer depende del factor financiero para la compra del condón. Un estudio en Carolina del Norte sobre la infección del VIH en mujeres, reveló que éstas presentan un comportamiento sexual riesgoso por su dependencia masculina financiera (CDC, 2005). En esta investigación las mujeres reportaron baja autoestima, necesidad de sentirse amada por la figura masculina y consumían alcohol y drogas. Las relaciones de género y las condiciones de vida y el contexto sociocultural que facilitan la transmisión del VIH en la mujer, no desaparece después de conocer su diagnóstico de VIH (Paiva & otros, 2002). Es por ello que, la mujer enfrenta la dificultad de comunicar su diagnóstico y de negociar el uso del condón. Esta situación trae como consecuencia la violencia cuando ellas en su deseo de no contagiar al compañero, rechazan las relaciones sexuales y ellos utilizan la fuerza física para tenerlas.

La Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (Bianco y Aranda en Loto, 2010) encontró que nueve de cada diez mujeres con VIH fueron víctima de algún tipo de violencia a lo largo de su vida y ocho de cada diez, padecieron violencia antes de conocer su diagnóstico de VIH. Lo mismo ocurrió con el 56% de las mujeres de Chile quienes experimentaron la violencia, previo a recibir el diagnóstico de VIH (Calvin, 2009). Es probable que todas estas mujeres con el VIH hayan sufrido abuso sexual, violencia física, psicológica y sexual. Por esta razón, Weinhardt (2004) plantea que el nivel de violencia es una realidad en la vida de la mujer con VIH.

La magnitud del problema es evidente cuando el estudio de Olley, Seedat, Gxamza, Reuter & Stein (2005), demostró que a las mujeres se les dificultó reconocer su vulnerabilidad al adquirir el VIH por su posición de subordinación; sin embargo, consideraron la susceptibilidad para la violencia. Aún las trabajadoras sexuales han padecido de la violencia con sus clientes porque las catalogan como responsables de la transmisión del VIH (Organización Panamericana de la Salud, 2008). Esto concuerda con algunos hallazgos del estudio de Garay Sánchez (2008) donde algunas mujeres con el VIH en tratamiento clínico continuo consideraban que revelarles la condición a su pareja produciría rechazo o violencia. Por otra lado, a las participantes del estudio de Olley, Seedat; Gxamza; Reuter & Stein (2005) se les dificultó enfrentar a la pareja con relación a su comportamiento y al uso del condón para reducir el riesgo del VIH o alguna ITS. Tomando en consideración los hallazgos de estos estudios podemos indicar que la violencia influye en la conducta sexual, ya que es complicado para ellas negociar el uso del condón o algún método anticonceptivo (Songiamsak, Nilaiyaka & Hornboonherm, 2001 & Kalishman, 1999). Ante esta eventualidad las mujeres con VIH que participaron del estudio de Kalishman informaron que cuando sentían algún fallo en el condón, omitían el hecho a su compañero y no le informaban por temor. Esta omisión era una muestra de cómo la mujer manejaba prevenir la violencia, decidiendo por su salud física y emocional. El

esfuerzo por ocultar alguna información que colocara en peligro a la pareja, resultaría en tener que ajustarse a calmar la angustia provocada y tratar de mantenerse normal y sumisa.

La literatura revisada ha demostrado que existe interacción entre el VIH y la violencia de género. Esta conexión proporciona graves consecuencias para la salud y el desarrollo humano, particularmente en la población femenina. Esto se refleja en el impacto emocional que presenta la mujer al momento de establecer una relación de pareja o un acto sexual. Estas mujeres temen a las respuestas de sus parejas facilitando el que las mismas omitan el diagnóstico de VIH (Garay Sánchez, Villafañe Santiago, Miranda & Tosado Acevedo, 2010). Estos autores también señalaron que algunas de las participantes del estudio, indicaron que “interfiere la falta de habilidad en ellas para negociar el uso del condón o seguir el tratamiento clínico prescrito”. Se añade a esto que cuando la mujer revela su diagnóstico de VIH a su pareja, ésta recurre al abandono (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El impacto emocional, la falta de habilidad para negociar el uso del condón y las consecuencias del VIH cuando una mujer tiene una relación sexual demuestra que los esfuerzos por reducir el VIH y las ITS han quedado afectados por la violencia de género. A esos efectos, se necesita realizar ajustes o modificar las estrategias de prevención al VIH e ITS para reducir el riesgo de la violencia sexual y por consiguiente, las infecciones sexuales en la mujer (Martínez, Sánchez & Tinoco, 2006). Por ello, para reducir la propagación del VIH se requiere aumentar el desarrollo de la igualdad en relación al género.

Una forma efectiva y eficaz para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo es motivando a la mujer a participar de varias sesiones de consejería grupal (Garay Sánchez, 2008). Es evidente que se necesita que la mujer ejerza su poder sexual obteniendo el control en la relación, reduciendo el sexo forzado, desarrollando y manteniendo consistencia en el uso del condón. Esto confirma que la falta de equidad y poder de la mujer en las relaciones con la pareja compromete su salud sexual (Meston & Ahrold, 2008). Para ello es necesario abordar las desigualdades de género para asegurar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su bienestar general.

Por consiguiente, se recomienda comenzar desde edades tempranas y a nivel institucional, proveer ejercicios y estrategias de prevención de violencia en las mujeres. Es tiempo de ofrecer trato igual a la mujer en todas las relaciones, en donde el poder sea equitativo. Para ello es necesario apoderar a la mujer para que tome control de sus acciones tanto personales como sociales. Se recomienda que se ofrezcan actividades como cine- foro, teatro foro entre otros, para que la mujer reconozca cómo manejar y prevenir la violencia. Este tipo de dinámica debe incluir al género masculino para que internalice la importancia de estos aspectos en el desarrollo de la socialización y su impacto en la violencia y el VIH. Ello puede ocurrir en escenarios escolares, religiosos, laborales, familiares y universitarios. Es inminente atender la situación para que haya una igualdad de género para todos trabajar en la prevención de la violencia conjuntamente con el VIH y las ITS.

En resumen podemos indicar que la violencia en la relación de pareja tiene sus cimientos en la desigualdad de género provocado por las distintas maneras de educar a los hijos (as), los valores impuestos según los criterios de crianza; algunos aspectos filosóficos religiosos y el mismo proceso de aculturación. Esta desigualdad legitima la supremacía de un género sobre otro predominando la masculinidad. En consecuencia, hay repercusiones como la vulnerabilidad

al contagio de las infecciones de transmisión sexual, como por ejemplo el VIH/SIDA. Esto nos pone en perspectiva del trabajo de concienciación en términos del apoderamiento de la mujer, de manera que se vaya erradicando el feminicidio debido a las relaciones de poder ejercidas por la masculinidad.

## Referencias

Bennett's, A., Shaffer, N., Phophong, P. Chaiyakul, P. Mock, PA, Neeyapun, K, Bhadrakom, C., Mastro, TD. (1999). Differences in sexual behavior between HIV- Infected pregnant women and their husbands in Bangkok, Thailand. *Aids Care*. Abingdon, 1 (11), 649- 663.

Calvin, M. E. (2009). *Dos caras de una misma realidad: violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA*. Educación Popular en Salud, Comunicaciones Red. Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual. Ediciones Santiago de Chile, Malaquías Concha 043 – Ñuñoa.

Center for Disease Control. (2005). HIV Transmission Among Black Women—North Carolina. *Morbidity and Mortality Week Report*, 54, 89–94.

Chappard, D. (2008). *Violencia hacia la mujer y VIH/Sida*. Fundación Daniela Chappard. Asunción, Paraguay.

Diamond, C., Richardson, J. Milan, J., Stoyanoff, S., McCutchan, A., Kemper, C., Larsen, R., Hollander, H., Weismuller, P. & Bolan, R. (2005). *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39 (2), 211-118.

Dunkle, KL; Jewkes, RK & Brown, HC; Gray G, McIntyre J, Harlow S. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363 (9419), 1415-21.

Ferreira, S. (2009). Mujeres con VIH. *Scielo*. Berria: Hiesa. EHGAM en 19 (11). ADN. 11-16. Colonia, Alemania.

Garay Sánchez, G. (2008). *Efectividad y Eficacia de un modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento clínico continuo*. (Tesis doctoral inédita). Universidad Interamericana de Puerto Rico, Río Piedras Puerto Rico.

Garay Sánchez, G., Villafañe Santiago, A., Miranda, MT & Tosado Acevedo, R. (2010). *Modelo de intervención en consejería grupal como método para reducir el riesgo en la conducta sexual de la mujer con el VIH en tratamiento*. En proceso de publicación *Revista GRIOT*. Universidad de Río Piedras; Río Piedras, Puerto Rico.

García Moreno, C. & Watts, C. (2001). La Violencia Contra las Mujeres: Su Importancia para la Prevención del VIH/SIDA. *Resumen del SIDA*, 3, 2. Recuperado en agosto 2010 de: <http://www.abc.com.py>.

García Moreno, C. & Watts, C. (2003). Violence against women: Its importance for HIV/AIDS. AIDS. Recuperado en septiembre 2010 de: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086869](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11086869)

Gilbert, L. & Walker, L. (2002). Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities - a South African case study. *Social Sciences in Medicine*, 54, 1093–1110.

González, S. (2002). *El ajuste psicológico y social entre la población heterosexual con la condición de VIH por género*. (Tesis inédita doctoral). Universidad de Puerto Rico, Recinto Metropolitano.

Greig, F. & Koopman, C. (2003). Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: quantitative survey results from a preliminary study in Botswana. *AIDS Behavior*, 7, 195–208.

Hirschfeld, D. (2008). Lucha contra machismo para prevenir VIH en Puerto Rico. Recuperado en septiembre 2010 en: <http://www.scidev.net/es/health/hiv-aids/news/>

Holstad, M., Dilorio, C., Magowe, M. (2006). Motivating HIV Positive Women to Adhere to ART & Risk Reduction: Challenges for Risk Reduction Behaviors for HIV + Women. *Online Journal Issues Nursing*, 11(1), 5.

Ide, M. Sanford, W., Alpern, A., Sánchez, O., Hernández-Jennings, M. & Pintado-Espiet, Maribel (2000). Violencia en la mujer. *Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas: La guía definitiva para la Salud de la mujer Latina*. Colectiva del Libro de la salud de las Mujeres de Boston.

Jensen, M. (2009). Mujeres y SIDA: ¿nos has escuchado hoy? *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Recuperado en septiembre 2010 de: <http://www.who.int/features/2004/aids/es/>.

Kalishman, S. (1999). Psychological and social behavior among men and correlates of high – risk sexual women living with HIV/ AIDS. *Aids Care*, 1, 415-428.

Kishor, S. & Johnson, K. (2004). *Profiling domestic violence: a multi-country study*. ORC Macro. Maryland.

Kishor, S & Kierten, J. (2000). The intersections of HIV and violence: directions for future research and investigations. *Social Science in Medicine*, 50, 459-78.

Loto, N. (2010). *Informe Vínculos silenciados: Violencia y VIH en las mujeres*, Buenos Aires, Argentina.

Martínez, I., Sánchez, I. & Tinoco, R. (2006). La violencia de género y VIH/SIDA en contextos multiculturales. *La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Endireh, México.

Meston, C. & Ahrold, T. (2008). Ethnic, Gender, and Acculturation Influences on Sexual Behaviors. *Archives for Sexual Behavior*, 33, 223-234.

Organización Mundial de la Salud. (2003). Sobre el abuso sexual y el VIH/ SIDA en hispanos. *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2009). Diez datos sobre el VIH/SIDA. *Informe de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, OMS.

Olley, B., Seedat, S., Gxamza, F., Reuter, H., & Stein, D. (2005). Determinants of unprotected sex among HIV positive patients in South Africa. *AIDS Care*, 17 (1),1-9.

Organización Panamericana de la Salud (PAOH). (2008). La violencia de género y el VIH-SIDA. *Hoja informativa de la Unidad de Género, Etnia y Salud y la Unidad de VIH/SIDA*. Género y Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, DC: USA.

Paiva, Rosario Latorre, Gravato y Lacerda (2002). Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos Saúde Pública*,18 (6), 2-17.

Pettifor, A., Measham, D., Rees, H. & Padian, N. (2008). Sexual Power and HIV Risk, SoutAfrica. University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; University of California at Berkeley, Berkeley, California, USA & University of California at San Francisco, San Francisco, California, USA.

Pugatch, D., Ramratnam, M., Strong, L., Feller, A., Levesque, B. & Dickinson, B. (2004). Gender Differences in HIV Risk Behaviors among Young Adults and Adolescents Entering a Massachusetts Detoxification Center. *Journal Substance Abuse*, 21 (2). 79-86. Publisher Springer Netherlands.

Rutenberg, N.; Biddlocom, A. and Kaona, F. (2000). Reproductive Decisión –Making in the Context of HIV and AIDS: a Qualitative Study In Ndola, Zambia. *Family Planning Perspectives*, 26 (3), 187-196.

Songiamsak, S; Nilaiyaka, P. & Hornboonherm, P. (2001). Sexual Behavior self care in Pregnancy and post parto between women with HIV. *The Lancet*. London, 367, 256-267.

Vale Nieves, O. (2003). “Construcción social del género: De la construcción a la Construcciones: el género que se desborda”. *Género, Sociedad y Cultura*. Publicaciones Gaviota.

Velzeboer, M. (2003). Violence against women: the health sector responds. PAHO. Washington, DC: USA. Recuperado de: [www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH\\_FS0705.pdf](http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/Viol-VIH_FS0705.pdf)

Weinhardt, Kelly, J., Brondino, M., Rotheram, M. Kirsebaum, Chesney, M., Remien, R., Morin, S., Marguerita, Ehrhardt, Johnson, M., Catz, S., Pinkerton, S., Benotsch,, E., Hong, D.& Gore, C. (2004). HIV Transmission Risk Behavior Among Men and Women Living With in 4 Cities in the United States. *Medscape. Journal Acquire Immune Deficiency Syndrom*, 36(5),1057-1066.