

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Violencia Domestica en las Mujeres

Autor: Enf. García, Judith Aldana

Directora: Lic. Maini, Rocio

Docente Asesor: Lic. Nores, Rosana

Rosario, 10 de noviembre del 2020

Trabajo Práctico para regularizar la actividad académica tesina

“Yo sueño con el día que en este país no tengamos que tener una secretaria de la mujer, porque ya las brechas se cerraron, las brechas de desigualdad que hay entre hombres y mujeres. Yo sueño que las mujeres no van a ser maltratadas, que las niñas podrán jugar tranquila y llanamente en la calle y que su hogar sea lo que ellas consideran: ‘mi refugio’.”

Patricia Romero, Secretaria de la Mujer.

AGRADECIMIENTOS

*A Dios porque de Él, y por Él, y para Él son todas las cosas,
A mi Esposo por acompañar y sostener en cada paso,
A mi Mamá por ayudarme con los errores gramaticales,
A mi asesora, Rosana Nores que me acompañó y corrigió en todo el proceso,
A las mujeres que son de inspiración para esta investigación.*

Índice General

Resumen:	4
Palabras Clave:	4
Introducción.....	5
Marco Teórico	19
Material y Métodos	42
Tipo de estudio	42
Sitio y Contexto:	42
Amenazas:.....	43
Principios Éticos:	43
Población y Muestra	43
Criterios de Exclusión:	43
Principios Éticos:	44
Validez Externa:.....	44
Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos	44
Operacionalización de las variables.....	44
Amenazas:.....	48
Cuidados Éticos.....	49
Prueba piloto	49
Plan de Análisis	49
Reconstrucción de la variable dependiente.....	49
Reconstrucción de las variables independientes.....	50
Cronograma de trabajo	51
Plan de trabajo.....	51
Anexo I. Guía para el estudio de convalidación de sitio.	52
Anexo II. Instrumento de recolección de datos	53
Consentimiento Informado	53
Instrumento para grado de violencia domestica:	55
Anexo III. Resultados del estudio exploratorio	58
Anexo IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento	61
Amenazas:.....	62
Control:.....	62
Bibliografía	63

Resumen:

El proyecto trata sobre la violencia domestica a las mujeres, entendiendo que es un fenómeno actual y que se presenta como problema en la salud pública, y de cómo el sistema de atención primaria puede ser fundamental en la detección de la misma mediante la obtención de datos sociodemográficos como edad, situación laboral, estado civil, nivel de formación y cantidad de hijos.

El objetivo de este trabajo es analizar qué relación existe entre el grado de violencia domestica según edad, nivel, situación laboral, estado civil y número de hijos, que poseen las mujeres que asisten a un servicio de primer nivel de atención en la ciudad de Rosario durante el primer semestre del 2021.

Método: El tipo de abordaje será cuantitativo, observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Muestreo no probabilístico, accidental.

Los datos se recolectarán a través de una técnica de encuesta por medio del cuestionario Woman Abuse Screening Tool (WAST) que consta de 8 preguntas cuya opción de respuestas es a través de respuestas dicotómicas.

Una vez recogidos los datos serán analizados a través de la estadística descriptiva los cuales se tabularán mediante el programa Epi info y se representará la variable violencia domestica mediante un gráfico de barras simples, y las variables edad, situación laboral, estado civil y número de hijos, cada una, mediante un gráfico circular.

Palabras Clave:

Violencia, Mujeres, Atención primaria a la salud, Edad, Situación laboral, Estado civil, Nivel de formación y Número de hijos

Introducción

La violencia intrafamiliar o violencia doméstica es un fenómeno complejo, confuso y heterogéneo que trasciende límites de edad, estatus económico, nivel educativo, situación geográfica y se ha convertido en los últimos años en un problema de Salud Pública.

El primer paso a la comprensión de la violencia doméstica es especificar su definición. Es un concepto muy amplio que se puede malinterpretar fácilmente. La definición de la violencia intrafamiliar es muy flexible entre los investigadores y está cambiando a través del tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 define a la violencia domestica como: “todo acto de violencia de género que cause o tenga probabilidades de causar daño o sufrimiento físico, sexual o mental a la mujer; incluye las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada”.

La violencia de pareja se refiere al comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control. Estas desencadenan un grave problema de salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres.

Las estimaciones mundiales publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2013 detallan que el 30% de las mujeres en el mundo pasaron por una situación de violencia física o sexual en la pareja, lo que representa el 35% de la población. El 38% de los femicidios que se cometen el mundo son por parte de la pareja y el 7% de las mujeres refieren haber sufrido agresiones sexuales por personas fuera de su pareja. Si bien los datos al respecto son escasos. Los actos de violencia a la pareja y violencia sexual son cometidos en su mayoría por hombres a mujeres. (OMS, 2017)

El 14 de agosto de 1995 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará, define la violencia contra las mujeres y establece el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y destaca a la violencia como una violación de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

Propone por primera vez el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de los derechos de las mujeres como fundamentales para luchar contra la violencia defendiendo su integridad física, sexual y psicológica, tanto en el ámbito público como

en el privado, y su reivindicación dentro de la sociedad. El MESECVI es una metodología de evaluación sistemática y permanente, fundamentada en un foro de intercambio e información entre los Estados desde de la Convención y un Comité de Expertas/os con el objetivo de dar respuestas Estatales ante la violencia contra las mujeres. (Organización de los Estados Americanos, 2020)

En Argentina se han sancionado diversas normas, que surgen en base a acuerdos internacionales, destinados a garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas, ante cualquier tipo de violencia. La Ley Provincial número 13.348 de “Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

Tiene por objetivo: Eliminar la discriminación de las mujeres y varones en todos los órdenes de la vida, el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia con las condiciones aptas para prevenir, sancionar y erradicar la discriminación en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos. El desarrollo de políticas públicas a nivel interinstitucional y el acceso a justicia de las mujeres que padecen violencia.

La eliminación de patrones socioculturales que promueve desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, y por ultimo asistencia de forma integral en áreas estatales y privadas que realicen actividades programadas hacia las mujeres. (Municipalidad de Rosario, 2020)

A partir de la ley 13.348, se creó el Observatorio Provincial de Violencia de Género y establece la creación de un Registro Único de Violencias hacia las Mujeres (RUVIM). Su desarrollo fue realizado por la subsecretaría de Políticas de Género del Ministerio de Desarrollo Social, su objetivo es la construcción de un sistema permanente de información sobre las distintas formas de violencia en las mujeres, con datos sobre denuncias, anoticiamientos de organismos estatales/ provinciales y/o municipales que abordan esas temáticas asistiendo a las víctimas.

Contempla todas las situaciones de violencia a las mujeres de todas las mujeres ejercidas en la provincia de Santa Fe, sobre todo los tipos de violencias, excepto femicidios. Dichos registros se sumarán al Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC), que se articulará con INDEC.

Dentro del 11% registrado en “Asesoramiento y Orientación” en el tercer

cuatrimestre de 2017 en la Provincia de Santa Fe, se encuentran: Áreas de la Mujer de Municipios y Comunas, Sub-Secretaría de Políticas de Género, Área de Atención a la Víctima, Defensoría del Pueblo, Organizaciones Sociales, Equipo Socio Educativo del Ministerio de Educación. Este proceso de asesoramiento y orientación es un proceso donde se acompaña a la mujer en situación de violencia ofreciendo herramientas válidas para transitar el dolor.

La Atención Médica a la mujer puede realizarse en varios de los efectores públicos que tiene el estado provincial, Centros de Salud, Samco, Hospitales. Esto representa un 15% de los registros recibidos. Se registra por último en este cuatrimestre un 2% de ingresos en “Denuncias Judiciales” desde lugares diversos, correspondientes a Juzgados de Familias. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2018)

Los problemas de salud que produce la violencia determina que la mujer acuda a los servicios de Atención Primaria a la Salud, que forman el primer nivel asistencial, que se caracteriza por tener mayor accesibilidad y capacidad de abordar íntegramente problemas de salud y atender a la comunidad de una forma integral, permanente, continuada y activa.

Esta atención primaria, abarca a todas las personas enfermas, o no, incluyendo actividades para su prevención y manteniendo su salud. La mayoría de las mujeres que viven en un barrio o comunidad suelen tener un contacto con los integrantes del equipo de salud, realizan consultas frecuentes para familiares o en para ellas mismas, que pueden asistir con lesiones físicas y/o daños psicológicos que no pueden estar plasmados en una historia clínica.

Sin embargo, esto no asegura la detección de situaciones de violencia. Ya que entendemos que el trabajo como profesionales de la salud puede ofrecer más que un punto de contacto y brindar escucha activa, información y acompañamiento. (Noriega, 2018)

A nivel nacional, la Oficina de Violencia Doméstica (OVD), creada en 2006 por la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con el objetivo de facilitar el acceso a justicia de las personas que, afectadas por hechos de violencia doméstica, se encuentran en situación de vulnerabilidad. Florencia Luna describe a la vulnerabilidad como un concepto de capas, donde cada individuo las posee dependiendo del contexto, este concepto no es estático, sino que es flexible y dinámico donde la persona puede

presentar tantos tipos de vulnerabilidad como de capas, no es una definición de todo o nada sino, se es vulnerable en un aspecto particular, resultado de la interacción de las circunstancias. Por ejemplo, una mujer, en situación de pobreza viviendo en un país intolerante a los derechos reproductivos adquiere una capa de vulnerabilidad, si no llega a tener acceso a anticonceptivos de emergencia y sea más susceptible a embarazos no deseados y carecer de acceso al sistema de salud, en esa área en particular adquiere otra capa más de vulnerabilidad. (Luna, 2011)

El Instituto Provincial de Estadística y Censo (IPEC) junto a la Subsecretaría de Políticas de Género de la provincia de Santa Fe, presentó los resultados correspondientes al primer cuatrimestre de 2018 del Registro Único Provincial de Violencia Hacia la Mujer (RUVIM). Se relevaron 6.514 casos de violencia contra mujeres o personas autopercibidas como mujeres, durante el periodo señalado, siendo un total de 16.041 casos en los 12 meses que van desde mayo de 2017 al mismo mes de 2018. Estos datos se denunciaron mediante los siguientes registros: 52% se realizaron mediante denuncia policial, 35 % por atención médica, asesoramiento y orientación 9% y denuncia judicial 2%, entre otros.

También se presentan registros relacionados con las situaciones de violencia hacia las mujeres según la edad de las víctimas a partir de 0 año sin límite de edad. Se ve reflejado en las edades de 20 a 40 años que representan las edades mayoritarias que padecen violencia son un 54%.

Es importante destacar este porcentaje de registros de situaciones que se producen entre los 0 y 20 años, edad en que las mujeres transitan la niñez y la adolescencia y en muchos casos se encuentran en situaciones de mayor grado de vulnerabilidad, llegando casi al 20% del total.

En cuanto al vínculo con el agresor de las víctimas informadas al IPEC. Esta registra el tipo de relación mantiene o mantuvo la mujer con el agresor o agresora al momento de la situación de violencia. Como resultado, Los agresores pueden ser familiares (31%), no familiares (9%), novio o pareja (41%), ex pareja (19%), cada uno de esos vínculos, no hace más que identificar a la cantidad de situaciones de vulnerabilidad

que las mujeres están expuestas en la vida cotidiana, porque cada una de esas relaciones están atravesadas por la constitución del patriarcado.

La modalidad de violencia es “la que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento” según la ley 26.485. La modalidad de violencia doméstica aún tiene un marcado porcentaje (99%), entendiéndose por ella la ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ocurra.

Según los tipos de violencia, resulta importante aclarar que cada tipo de violencia constituye para RUVIM una variable en sí misma. Cada tipo de violencia identifica, encuadra y otorga un contexto, por el cual el cuerpo de la mujer es atravesado en cada una de las situaciones. Seguir reconstruyendo los caminos de la naturalización de la violencia, da visibilidad a la cantidad de situaciones por las que los cuerpos de las mujeres son violentados en la vida cotidiana. En el primer cuatrimestre del 2018 se puede ver como la violencia psicológica ocurre en un 61% de los casos, física (37%), sexual (13%), económica y patrimonial (4%) y simbólica (2%). (Censos, 2018)

La OVD atendió a 3.856 personas por hechos de violencia familiar en los primeros tres meses de 2020. Las personas afectadas por los hechos violentos fueron en gran mayoría mujeres (75%). Los equipos interdisciplinarios identificaron 2.737 mujeres víctimas por violencia en la Ciudad de Buenos Aires. Los grupos más afectados fueron jóvenes y adultas de entre 18 y 59 años (71%), niñas y adolescentes (23%) y adultas mayores (6%). Los principales vínculos entre las mujeres afectadas y las personas denunciadas fueron de pareja incluye cónyuges, convivientes, novios y ex parejas (59%), filial (25%), fraternal (3%), otro familiar hasta 4° grado de parentesco (4%) y otros vínculos (9%).

En relación con las mujeres que denunciaron a sus parejas (1.627), en el 65% de los casos eran exparejas. Además, el 55% de los agresores tenía antecedentes de violencia en relaciones anteriores. Las violencias más observadas fueron de tipo psicológica (98%), simbólica (69%), física (55%), económica patrimonial (35%),

ambiental (35%), social (17%) y sexual (11%). Los riesgos evaluados para esta población fueron: altísimo y alto (41%), medio y moderado (52%) y bajo (7%). (Oficina Violencia Domestica, 2020)

La principal unidad de Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM) corresponden a los casos de violencia basados en el género, contra mujeres de 14 años y más, que hayan sido denunciados ante cualquier organismo dentro del área donde se desarrolle la mujer o haya pedido ayuda a instituciones de salud, juzgados, comisarias etc. Ya sea en forma directa o a través de terceros.

No se toma en cuenta la información total de los casos de violencia padecidos por la población femenina, solo se toman aquellos en los que las mujeres han requerido o solicitado ayuda, acompañamiento, asesoramiento o denuncia, y que se haya registrado formalmente en una institución pública. De este modo, el RUCVM se conforma con la recopilación de diferentes tipos de registros: llamadas telefónicas para la solicitud de asesoramiento o de emergencia, consultas para la atención de la salud en establecimientos asistenciales, presentaciones policiales, denuncias judiciales, etc.

El total de casos de violencia contra las mujeres de 14 años y más, informados al INDEC entre enero del 2013 y diciembre de 2018, es de 576.360. Se advierte que este valor no debe ser comparado con el presentado por el INDEC, en la publicación del RUCVM de 2018, ni tampoco interpretado como un incremento de casos de violencia contra las mujeres en la Argentina. (Massé, 2019)

En los datos públicos de Argentina, correspondientes a línea 144, han recibido cantidad comunicaciones por violencia de género del año 2020, entre enero y julio, se recibieron 66.121 comunicaciones a las tres sedes de la Línea 144. El 89% corresponde a la modalidad violencia doméstica. En relación con los tipos de violencia registrados, casi la totalidad de las personas refirieron sufrir violencia psicológica por parte de su agresor.

A su vez, un 68% refirió haber sufrido violencia física y en tercer lugar un 36% afirma haber sufrido violencia económica. El 13% manifestó haber sufrido hechos de violencia sexual. En el 14% de los casos se utilizó un arma (de fuego o punzocortante). Los datos de las personas en situación de violencia fueron que el 98% de las personas que se comunicaron eran mujeres, el 63% tienen entre 15 y 44 años, 448 (3%) se encontraban embarazadas y 443 (3%) tenían algún tipo de discapacidad.

(Argentina.gob.ar, 2020)

Sin embargo, todos estos esfuerzos se ven desestimados por la incapacidad de una detección precoz de estos eventos. Según el contexto y la problemática, es más permisible la detección en un centro de atención primaria a la salud (APS), ya que, es donde se abordan los aspectos de promoción, prevención y detección temprana, constituyéndolo como un espacio propio para cubrir esta necesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que los factores individuales de las mujeres que comprenden: al nivel educativo, autonomía económica, historial de maltrato, apoyo social, o historial de violencia en su familia cuando era niña, ejercen sobre la prevalencia del maltrato. (Organización mundial de la Salud, 2020)

En abril del corriente año se realizó un estudio por motivo del confinamiento provocado en el contexto de la pandemia por COVID-19 en Argentina, que ha producido cambios en las dinámicas familiares, laborales y sociales.

En la intimidad de las familias se han visto forzadas a optar por nuevos modos de convivencia, roles y retos, se han presentado también nuevos modos de violencia, en hogares donde no existían antes de la crisis sanitaria; o su incremento en aquellas familias en las que anteriormente habían presentado formas violentas de relación. Yordi, experta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) destacó que "Las denuncias están aumentando en casi todos los países".

Por su parte, la Agencia de Salud Sexual y Reproductiva de las Naciones Unidas (UNFPA) calcula que, si el confinamiento continúa, en los próximos seis meses se producirán otros 31 millones de casos de violencia doméstica en el mundo. (Montero, 2020).

Durante el proceso de realizar la búsqueda sobre investigaciones que tengan relación con el tema elegido, se encontró información relevante, aunque cabe aclarar que en el contexto latinoamericano y menos aún en Argentina, se encuentran escasas investigaciones actuales sobre este tema.

Con respecto a lo leído hasta el momento, la mayoría de las investigaciones se enfocan tanto en la violencia de género y como de esta se desprende la violencia intrafamiliar. Y muchos artículos hacen mención de la importancia de los profesionales de salud y la asistencia como una base fundamental para la detección de violencia.

Una investigación realizada en el Centro de Salud de Buenos Aires, en Cayma, Provincia y Departamento de Arequipa, en un periodo de setiembre y octubre 2018. Se realizó un estudio observacional, transversal y prospectivo. Donde se aplicó, una ficha de recolección de datos y el instrumento: escala de dependencia emocional (ACCA), escala de autoestima de Rosemberg, empoderamiento de la mujer, de Hernández Julita y García Renán y escala socioeconómica de Amat junto con León. El estudio tomo a 250 mujeres que acudieron por cualquier motivo de atención, al Centro de Salud y que cumplan con los criterios de elegibilidad. Se explicó a la paciente el motivo de la investigación, la confidencialidad de los datos recolectados y se solicitó la autorización para su participación.

Los resultados fueron que el 24.80 % de la población en estudio sufrió de violencia doméstica, los factores personales asociados con una $P < 0.05$ fueron tener más de 3 hijos, haber presenciado violencia en sus padres, antecedente de violencia en la infancia de la mujer y pareja, tener dependencia y tendencia a la dependencia emocional, autoestima baja-media y que la pareja sea machista; en cuanto a los factores socioculturales: tener un empoderamiento bajo medio y un nivel socioeconómico bajo. Se concluyó que los factores asociados a violencia domestica fueron dependencia emocional, autoestima baja – media y pareja machista. (Osorio, 2018)

Otro estudio en un País Vasco, se llevó a cabo un estudio descriptivo a través de la observación sistemática, empleando la técnica de análisis de documentos (historia clínica). En concreto, se analizaron todos los expedientes de las mujeres víctimas de violencia de género que habían ingresado en dos centros de acogida (uno de urgencia y otro de media-larga estancia) de la Diputación Foral de Bizkaia (DFB).

Los análisis se realizaron de manera independiente para cada uno de los centros (El de urgencia y otro de media-larga estancia). Todos los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS 23. Se calcularon los porcentajes de cada categoría para

las diferentes variables estudiadas y, en el caso de las variables cuantitativas (edad y tiempo de estancia en el centro), se calcularon las medias y desviaciones típicas. Se empleó el estadístico *chi-cuadrado* de Pearson para examinar, la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre el momento de entrada, y el momento de salida del centro para las variables situación jurídico-administrativa, situación laboral y situación económica.

En los resultados obtenidos, las mujeres víctimas de violencia de género que ingresaron en alguno de los 2 centros de acogida tuvieron una edad media cercana a los 34 años. El 55.2% de las mujeres del centro de urgencia y el 61.9% de las del centro de media-larga estancia fueron extranjeras, principalmente de países de Sudamérica y África. Por lo que respecta al estado civil, la mayoría de las mujeres estaban o habían estado casadas (54.5% en el centro de urgencia y 63.9% en el centro de media-larga estancia). En cuanto a los estudios, la mayoría tenían estudios primarios o secundarios (56.6 y 51.8% en los centros de urgencia y media-larga estancia), seguido de módulos formativos profesionales, bachillerato y, en último lugar, estudios universitarios. Un 12.5% de las mujeres del centro de urgencia y un 10.8% de las del centro de media-larga estancia no tenían estudios. En cuanto a la profesión, alrededor del 84% de las mujeres tenían profesiones no cualificadas.

En el momento del ingreso, de las mujeres sin nacionalidad española (63.5% en el centro de urgencia y 70.8% en el centro de media-larga estancia), alrededor del 30% se encontraban en situación irregular. En cuanto a la situación laboral, tan solo el 23.4% de las mujeres del centro de urgencia y el 9.5% de las del centro de media-larga estancia se encontraban en activo. De manera consistente, más de la mitad de las mujeres no tenían ingresos. (González, 2017)

Otra investigación se realizó mediante un estudio exploratorio-transversal y comparativo, realizado en los Centro de Atención Primaria de Barcelona y Gran Área Metropolitana de Costa Rica, entre los meses de abril y junio (Cataluña), y los meses de julio y septiembre (Costa Rica), del año 2013. Donde se relacionó la actitud hacia la violencia de género (VG) de profesionales de Atención Primaria con satisfacción laboral, carga laboral, orientación de práctica profesional, conocimientos, formación y uso de los recursos socio sanitario en ambos lugares.

El estudio comparativo comenzó con un estudio piloto, que determinó el tamaño de la muestra para asegurar un índice de confianza del 95%. La población fue de 320 profesionales de la salud en Medicina General y de Familia, Enfermería, Trabajo Social y Psicología que cumplió con las normas éticas correspondientes y la obtención del consentimiento informado.

Se utilizó un instrumento con diferentes bloques. Un primer bloque midió variables sociodemográficas: edad, sexo, categoría profesional, experiencia profesional en violencia de género, y años de experiencia en Atención Primaria. Posteriormente, se utilizaron escalas de un cuestionario sobre los conocimientos y actitudes de los médicos de familia respecto a la esta.

La muestra total fue de 235 profesionales de la salud, con una tasa de respuesta del 74%, 141 en Cataluña (60%) y 94 en Costa Rica (40%). Con respecto a las características sociodemográficas y profesionales participantes. En ambos contextos el porcentaje de mujeres (Cataluña 81,6%, IC del 95%, 75,2-88,0; Costa Rica 77,7%, IC del 95%, 69,2-86,1) es mayor que el de hombres (Cataluña 18,4%, IC del 95%, 12,0-24,8; Costa Rica 22,3%, IC del 95%, 13,9-30,8).

La mayoría de los participantes son del área de Medicina (Cataluña 51,1%, IC del 95%, 42,8-59,3; Costa Rica 36,2%, IC del 95%, 26,5-45,9), seguida de Enfermería (Cataluña 34,8%, IC del 95%, 26,9-42,6; Costa Rica 24,5%, IC del 95%, 15,8-33,2) y Trabajo Social (Cataluña 10,6%, IC del 95%, 5,5-15,7; Costa Rica 23,4%, IC del 95%, 14,8-32,0). En Cataluña, un 52,1% (IC del 95%, 43,9-60,4) no tienen experiencia en el abordaje de la VG frente al 47,9% (IC del 95%, 39,6-56,1) que sí la tienen; en cambio, en Costa Rica tiene experiencia en VG el 63% (IC del 95%, 53,2-72,9) con respecto a quienes no la tienen, el 37% (IC del 95%, 27,1-48,8).

Se encuentra una actitud global favorable a la atención en consulta de las mujeres que viven VG en ambos contextos. En cuanto a la formación, en ambos contextos se expresa una percepción desfavorable. En la variable satisfacción profesional, presentan medias similares que los ubican en moderadamente satisfecho y satisfecho.

La percepción de la carga laboral muestra medias similares, que los sitúa en un intervalo de moderadamente favorable a la percepción de carga laboral. Sobre la orientación de estilo de práctica profesional, las medias son tan similares que puede situarse en un intervalo de moderadamente desfavorable a un estilo de práctica biomédica, más próximos a una práctica de estilo biopsicosocial. (Loría, 2015)

También se pudo comprobar en un Centro de Salud de Huanja. Huaraz, Perú se realizó un estudio para determinar la relación entre la violencia de género y el nivel de autoestima de las mujeres. El estudio que se llevó a cabo fue cuantitativo, prospectivo, correlacional de corte transversal. La población muestral estuvo conformada por 55 mujeres registradas como habitantes del centro poblado Huanja, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación.

Para el análisis y estudio de las variables se utilizaron instrumentos previamente validados. En la variable violencia de género, se utilizó la técnica de la encuesta, y como instrumento un cuestionario tomado de Guerra de Morales, modificado por la autora. Y para la variable autoestima se utilizó la técnica de la encuesta, y como instrumento un cuestionario tomado de Valenzuela y modificado también por la autora.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se observó que el tipo más frecuente de violencia fue la física con 38,2%; mientras que el 29,1 %; 14,6% y 18,1% correspondieron a la psicológica, sexual y económica. En este sentido, los resultados obtenidos revelaron que la violencia de género surge del comportamiento social enseñado o por múltiples factores sociales que permiten la continuidad de este tipo de agresiones, repercutiendo de esta manera, en la salud y en el bienestar físico y psicológico de la mujer.

Asimismo, se evidenció que el 52,8 % de las mujeres presentaron autoestima baja; mientras que para la autoestima media y alta correspondieron 43,6 % y 3,6 % respectivamente. De estos resultados se puede afirmar que una mujer violentada que posee autoestima disminuida, se considera una persona inútil, sin capacidades de surgir, sin poder dirigir a sus hijos ni a ellas mismas esto da como consecuencia que se incrementa el riesgo de sufrir problemas psicológicos, que podrían conllevar a estados depresivos y a episodios de suicidio en los casos más graves. (Saavedra, 2017)

De igual forma en un estudio sobre la Violencia intrafamiliar en el adulto mayor entre julio del 2012 a enero del 2013 que vivan en el distrito de Breña, Perú. Se procedió a realizar entrevista estructurada, realizada por docentes, y estudiantes de pregrado de enfermería, previamente entrenados, que obtuvo información sobre la regresión de la violencia doméstica y de las variables sociodemográficas como edad en años, sexo, estado civil, años de estudio, conformación familiar e ingresos económicos.

El enfoque del estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. Se realizó en el ámbito circunscrito del Centro de Salud de Breña en el distrito de Breña, que presenta cinco sectores censitarios, que proporciona servicios de salud a 53.817 personas de diferentes fases etarias, de las cuales 9.108 son adultos mayores.

En los resultados de los 369 participantes, se observó la prevalencia del sexo femenino con 55.8%, adultos mayores de edades entre 65 y 69 años. Con el 44.7% tenían hasta seis años de estudio, el 46.6% eran casados, el 19% indicaron que la conformación familiar era formada por su cónyuge y el 32.8% obtenían ingresos económicos por medio del trabajo.

En el modelo de regresión logística de la violencia, se observó, que conforme aumentan los años de estudio del adulto mayor, disminuye el riesgo de sufrir violencia. Además, el adulto mayor que no presenta síntomas depresivos tiene un 62% de probabilidad de no sufrir violencia, en comparación con el que sí presenta. Por otro lado, el individuo que no trabaja tiene 1.87% de mayor probabilidad a sufrir violencia, comparado con aquel que trabaja. (Silva-Fhon, 2015)

Entendemos que La salud pública fundamenta su proceder en pruebas científicas. Desde la identificación del problema y sus causas hasta la planificación, la experimentación y la evaluación de las respuestas, todo debe estar basado en investigaciones fidedignas y respaldadas por pruebas más sólidas. Este trabajo sirve para informar sobre las causas de esta problemática.

Para que logre su finalidad, se necesita en los profesionales generar la sensibilidad e importancia para proporcionar apoyo, cuidados y orientación a las mujeres afectadas. Los enfermeros/as muchas veces asisten con más dedicación los cuidados

físicos y dejan a un lado la parte psicológica de la persona y las circunstancias sociales que la rodean. La Enfermería psiquiátrica como plantea Dorothy Johnson deben ayudar a prevenir o recuperarse de una enfermedad o lesión, podemos relacionarlo con este modelo de prevención y promoción.

El cual el aporte que realiza enfermería en el área clínica, también es muy relevante, y lo encontramos en aspectos diversos como campañas de promoción y prevención en la comunidad o en establecimientos educacionales. Se debe preparar a los profesionales para tener formación, información y guías de actuación para poder llevar a cabo la tarea más importante para la enfermería, cuidar de manera integral y holística. (Lorena, 2018)

En base a lo mencionado, el propósito de la investigación es generar resultados que tengan como objetivo el conocimiento sobre la violencia a la mujer. Es importante conocer que el sistema de atención primaria a la salud, puede ser fundamental a la hora de prevenir la situación violenta en la mujer.

Teniendo en cuenta el propósito, se investiga ¿Qué relación existe entre el grado de violencia domestica según edad, nivel de escolaridad, situación laboral, estado civil, número de hijos que poseen las mujeres que asisten a un servicio de primer nivel de atención en la ciudad de Rosario durante el primer semestre del 2021?

Por lo cual se generan las siguientes hipótesis:

- a) Las mujeres entre 40 y 60 años que se encuentran casadas, con más de 3 hijos, sin empleo actualmente, solo con el nivel secundario completo, aumenta el grado de violencia económica que física.
- b) Las mujeres entre 20 y 30 años que se encuentran actualmente en concubinato, con dos hijos, desempleada y con solo el secundario incompleto, aumenta el grado de violencia psicológica que sexual.

En la investigación como objetivo general se pretende determinar qué relación existe entre el grado de violencia domestica según edad, nivel, situación laboral, estado civil y número de hijos, que poseen las mujeres que asisten a un servicio de primer nivel de atención en la ciudad de Rosario durante el primer semestre del 2021. Y para eso es necesario considerar los siguientes pasos:

- Identificar el grado de violencia física, psicológica, sexual y económica de las mujeres que asisten a un servicio de primer nivel de atención durante el primer semestre del 2021.
- Comprobar si la edad, la situación laboral, el nivel, el estado civil y la cantidad de hijos aumentan el grado de violencia doméstica.
- Determinar si la dependencia económica aumenta el grado de violencia física.
- Identificar a mujeres casadas, con dependencia económica, aumenta los acontecimientos de violencia física.
- Determinar que el aumento del nivel educacional disminuye el grado de violencia física.

Marco Teórico

La palabra violencia proviene del derivado vis; “fuerza”, “poder”, se conoce por violencia la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado.

La Organización Mundial de la Salud (2002) define a la violencia como “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que ocasione o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” Esta definición comprende la violencia interpersonal, el comportamiento suicida o conflictos armados, cubre actos como amenazas o intimidaciones y se incluyen también los daños psíquicos, privaciones y deficiencias que puedan comprometer el bienestar de los individuos, familia y comunidades.

Los elementos claves de esta definición mencionan a la mujer como factor principal de riesgo, incluye las agresiones tipo físicas, psicológicas, sexuales y amenazas, también el ámbito donde estas se desarrollan que puede ser tanto en un lugar público, como en el ámbito privado, y menciona que el objetivo principal es mantener una subordinación de parte de la mujer hacia el hombre.

Definimos violencia de género como un tipo de violencia física o psicológica ejercida contra cualquier persona o grupo de personas sobre la base de su orientación o identidad sexual, sexo o género.

La violencia contra las mujeres es el término que se utiliza para referirse a las consecuencias de la discriminación y desequilibrio entre mujeres y hombres en la sociedad. Del mismo modo la violencia machista será el término que no designa a los hombres como violentos, sino, por las distintas motivaciones machistas que posea, cuyo objetivo es mantener el control y la subordinación de las mujeres a ellos. (OPS, 2019)

La definición de la violencia intrafamiliar es muy flexible entre los investigadores y está cambiando a través del tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017 define a la violencia domestica como: “todo acto de violencia de género que cause o tenga probabilidades de causar daño o sufrimiento físico, sexual o mental a la mujer; incluye amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada”.

La violencia adquiere múltiples dimensiones, que incluyen hechos y relaciones sociales diversas; vivimos en una sociedad violenta, pero en realidad no todas las formas de violencia son igualmente condenadas por el conjunto de la sociedad, porque existen algunas que durante años fueron permitidas, toleradas e incluso normalizadas en diversos contextos como ocurre con la violencia hacia la mujer en el ámbito de la pareja, en el marco denominado de la intimidad de los hogares.

Ésta ha sido considerada durante mucho tiempo como un problema íntimo que nada tenía que ver con la afectación social, por lo que debía permanecer oculta e invisible en el interior de las familias.

La violencia en las parejas se refiere al comportamiento de las mismas o de las ex parejas que causan daño físico, sexual o psicológico, incluidas las agresiones físicas, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control, estas desencadenan un grave problema para salud pública y una violación a los derechos humanos de las mujeres. (OMS, 2017)

Se entiende que el fenómeno de la violencia es muy complejo y no tiene un solo enfoque, sino que es multicausal y comprende diversas áreas: biológicas, psíquicas, físicas, sociales, económicas y laborales.

A partir de la ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, sancionada en marzo 11 de 2009 y promulgada de hecho el 1 de abril del 2009. En el artículo 5 de la Ley 26.485 detallan los tipos de violencia contra las mujeres:

1. Físicas: Son las agresiones dirigidas al cuerpo de las víctimas por parte de los agresores, lo que se traduce en un daño o en un intento del mismo, permanente o temporal. Las agresiones físicas comprenden: empujones, jalones, golpes y agresión con armas, entre otras.
Dichas agresiones se manifiestan al amarrarlas, patearlas, aventarle con algún objeto, golpearla con las manos o con alguna cosa, tratar de ahorcarlas o asfixiarlas, agredirlas con un cuchillo o navaja y en el extremo de los casos, dispararle con un arma.
2. Psicológicas: Cualquier acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en: negligencia, abandono, descuido reiterado, celotipia, insultos,

humillaciones, marginación, desamor, indiferencia, infidelidad, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas, las cuales llevan a la víctima a la depresión, al aislamiento, a la devaluación de su autoestima, e incluso al suicidio.

Una variante de la violencia psicológica es la violencia emocional, la cual se refiere a las agresiones que no inciden directamente en el cuerpo de las mujeres, pero sí en su psique. Se trata de insultos, amenazas, intimidaciones, humillaciones, omisiones, menosprecio, burlas, prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en la mujer deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad.

3. Sexual: Toda actividad sexual impuesta y no consentida por la otra parte, refiere a cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, agresiones que comprenden conductas sexuales en las que se utiliza la fuerza, actitudes y comportamientos que una persona adulta realiza para su propia satisfacción sexual, sin consentimiento de la otra. Con o sin acceso genital, el derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de fuerza o intimidación.
4. Económica y patrimonial: Cualquier acto u omisión que afecta la supervivencia de la víctima y se manifiesta en: la transformación, destrucción, retención o sustracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades.
Puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la víctima, incluye todas las formas de agresión que el hombre puede ejercer sobre la mujer con el fin de controlar el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien, la forma en que dicho ingreso se gasta, como la propiedad y el uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja. La violencia económica también se presenta en los casos donde el rol de proveedora económica del hogar corresponde principal o exclusivamente a ella.
5. Simbólica: La que, a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita, y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales naturalizando la subordinación de las mujeres en la sociedad.

Esta ley también describe las distintas modalidades de la violencia que se toma del ámbito en que esta se realice, comprende la violencia institucional, laboral, obstétrica, mediática y doméstica. Esta última se define como aquella ejercida contra las mujeres

por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde esta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres.

Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2009)

Los factores asociados con una mayor probabilidad de que las mujeres sufran violencia en manos de su pareja, incluye a nivel individual, la juventud, el bajo nivel de instrucción, haber sido testigo o víctima de violencia en la niñez, consumo del alcohol y drogas, trastornos de personalidad, antecedentes de maltrato por parejas anteriores, exposición de violencia entre sus padres o haber sido víctima de abuso en la niñez, aceptación e violencia y exposición anterior a otras formas de maltrato.

Entre los factores comunitarios y culturales existen, las normas sociales de género no equitativas, la pobreza, dimensiones culturales de los roles sexuales apropiados para mujeres y hombres, creencias en la superioridad inherente de los roles dentro de la relación, aceptación social de la violencia como una forma de resolver conflictos. El riesgo de que ocurra la violencia hacia la mujer en la pareja, siendo la razón principal que explica la existencia de este tipo, es el patriarcado, el cual, es definido como un sistema social de dominación donde ellas se encuentran con inferioridad ante un varón.

La economía en mujeres respecto a los hombres, tienden a tener un acceso limitado en cuanto al dinero y los créditos, como también, al empleo, tanto en los sectores formales como informales. En las familias con escasos recursos económicos, la mujer tiene mayor probabilidad de experimentar violencia debido a las condiciones en las que se encuentra. La educación de la mujer ha sido considerada como un recurso clave, en tanto que requiere el fortalecimiento social, habilidad de usar información, y recursos disponibles en la sociedad.

A nivel legal, se entiende al estatus en las leyes escritas, como en la práctica, las leyes sobre divorcio, custodia de hijas e hijos, como la falta de sensibilidad en el tratamiento de las mujeres por parte de la política, continúan existiendo aristas, donde no se llegan a contemplar todas las situaciones sobre la agresión, dejando muchas veces

en estado de vulnerabilidad a cierto grupo de ellas. A su vez, la política no llega a tomar la violencia machista como un problema, teniendo sanciones jurídicas y comunitarias débiles en casos de violencia de pareja dentro y fuera del matrimonio, sin mencionar la falta participación de las mujeres dentro del sistema político.

En el ámbito político, la mujer no tenía ni voz ni voto, poco a poco esta situación dió un giro histórico, aunque la lucha por la igualdad de sexos sigue estando vigente. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

Entre estos factores que se mencionan, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Organización Internacional para las Migraciones (OIM), plantean que el maltrato a las mujeres sucede en las sociedades donde existe una rigidez en los roles de género, con normas culturales que respaldan al hombre a mantener el poder e independencia sobre la mujer con sanciones blandas para dichos comportamientos.

En relación con los factores culturales y de género, los prejuicios y las representaciones sociales, se pueden notar en relaciones violentas de pareja, una estructura familiar autoritaria y verticalista, aprendizaje de roles de género estereotipados, modelos de resolución violenta de conflictos que reflejan ausencia de modelos sociales, como reforzadores negativos de la violencia, pautas culturales de la violencia con respuestas institucionales y comunitarias. (Rico, 2015)

El uso de la fuerza y la violencia en las resoluciones de conflictos puede verse una debilidad de los sistemas democráticos y de justicia, en la baja densidad de la cultura de los derechos humanos, las justicias por mano propia terminan siendo la salida para mujeres, niños y niñas, dada su posición de desventaja en la estructura social, tanto en la desigualdad en las relaciones de poder, como la discriminación de la que ya son víctimas porque sí.

La mayor exposición de las mujeres a la violencia lleva a priorizar la atención de la victimización femenina ante el resto de las formas de violencia. Las mujeres son el parámetro entre las desigualdades y jerarquías basada en el género.

Existen múltiples factores que conllevan a la violencia contra la mujer, y esta no se limita a la cultura, región o país, ni a grupos específicos de una sociedad, sino que

dependen de muchos factores, como el origen étnico, la clase social, la edad, orientación sexual, discapacidad, nacionalidad y la religión.

Reconocer esta complejidad y diversidad de los factores y situaciones, permite que se conozcan más precisamente las condiciones que desencadenan en las prácticas violentas, estas se presentan en los distintos niveles del territorio social, y a partir de estas, se despliegan intervenciones dirigidas a prevenir, atender y sancionar las diferentes formas de violencia. (Ferreto, 2011)

Cuando se indagan las raíces de la violencia se entiende que no existe un factor que explique por sí solo porque algunas personas se comportan de forma violentas y otras no. El Informe mundial sobre la violencia y la salud ha recurrido a un modelo ecológico para la atención de la violencia instituido por Heise (1994) a partir de la propuesta de Bronfenbrenner (1979).

El enfoque plantea que cada persona está dentro en una multiplicidad de niveles relaciones, como biológicas, sociales, culturales, económicas y políticas que influyen en la violencia. El modelo consta de cuatro niveles: Individual, relacional, comunitario y social.

El planteamiento de Heise fue asumido desde 2003 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en él se proponen cinco niveles/planos con los que se abordan las relaciones, condiciones y factores que influyen en el comportamiento violento de las personas.

No existe país ni comunidad a salvo de la violencia. Los actos violentos cada vez más, invaden la rutina, los medios de comunicación avasallan ilustrando como la violencia está en las calles, hogares, escuelas, lugares de trabajos etc. Amenazando continuamente la vida, la salud y la felicidad de todos.

Cada año, más de 1,6 millones de personas en el mundo pierden la vida, y por cada persona que muere por causas violentas, muchas otras resultan heridas, sufren problemas físicos, sexuales, reproductivos y mentales. La violencia está presente, que a menudo se entiende como un componente del hombre, un hecho ineludible ante el cual se lucha para prevenir el mayor daño posible. Suele considerarse una cuestión de “ley y orden” en la que los profesionales de salud tienen que tratar sus consecuencias.

La teoría del androcentrismo se entiende como la visión del mundo donde sitúa al

hombre como centro de todas las cosas, creando un sistema donde el mismo es el modelo a seguir y que las mujeres deben ajustarse al nivel y seguir los pasos marcados por ellos, lo que da a lugar que se visibilicen las opiniones y necesidades de las mujeres en la sociedad, caer en la subordinación de los hombres por ejercer el dominio, se llegan a imponer condiciones propias del patriarcado.

El patriarcado viene de la cultura primitiva, por hechos y circunstancias que originaron desde el principio de la vida, donde los hombres por su fortaleza salían en busca de alimentos, mientras que la mujer por su condición, era quien se quedaban únicamente a cuidar de sus hijos. Este fenómeno se entiende como conjunto de relaciones sociales entre los hombres, que tiene una base material, que, a través de jerarquías, establece o crea interdependencias y solidaridad entre los hombres.

Es un orden genérico de poder, basado la dominación de los varones sobre las mujeres, un modo de dominación que refuerza el control capitalista, y a su vez, estos valores, delimitan la definición de lo que es bueno para el patriarcado. El feminismo no sólo revela esta separación de esferas, sino la dialéctica entre ambas, para que pueda existir ese dominio público de los derechos, tiene que descansar sobre la negación de los mismos para las mujeres. El mundo de la producción, necesita para sobrevivir de unos servicios para reproducirse, y éstos se hallan encomendados a las mujeres, “reinas de la domesticidad”.

Ser una buena madre y esposa implica atender a los hijos en sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y morales, marcar pautas de vida cotidiana, realizar el seguimiento escolar, atender el hogar, al marido y estar disponibles para cubrir las necesidades del grupo doméstico las veinticuatro horas del día.

Ser padre significaba traer el dinero a casa y marcar la ley dentro del hogar, aunque en la actualidad esta división del trabajo se ha modificado a partir de la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo, la marginación de la mujer es el mecanismo primario que en la sociedad capitalista mantiene la superioridad de los hombres sobre las mujeres, porque imponen salarios bajos para las mujeres en el mercado de trabajo.

Los salarios más bajos mantienen a las mujeres dependientes de los hombres porque las impulsa a casarse. Las mujeres casadas deben realizar trabajos domésticos para sus maridos, de modo que son los hombres los que disfruten tanto de salarios más

altos como de la división doméstica del trabajo, esta división laboral, a su vez, actúa debilitando la posición de las mujeres. Esto ha ido creciendo y fortaleciéndose con el pasar de los tiempos, transmitiéndose de generación en generación, por lo cual se hace tan difícil desarraigarlo de raíz.

El modelo desigualdad de poder, en el ámbito de las parejas o familiares, tienen como objetivo, relaciones de dominio o poder. La violencia no diferencia entre clases sociales, niveles educativos o económicos, países, cultura, edad, es decir, se encuentra en todos los países y ámbito como estructura social y de poder que atribuye al hombre privilegios respecto a la mujer, una situación abusiva e injustificable. (Zhicay, 2018)

Cuando se indagan las raíces de la violencia, se entiende que no existe un factor que explique por sí solo, porque algunos se comportan de forma violenta y otras no. El Informe mundial sobre la violencia y la salud optaron el modelo ecológico para la atención de la violencia instituido por Heise (1994) a partir de la propuesta de Bronfenbrenner (1979), este enfoque plantea que las personas están inmersas en una multiplicidad de niveles relaciones, como biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos, que influyen en la violencia. El modelo consta de cuatro niveles: Individual, relacional, comunitario y social.

El planteamiento de Heise fue asumido desde 2003 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y en él se proponen cinco niveles/planos con los que se abordan las relaciones, condiciones y factores que influyen en el comportamiento violento de las personas.

A nivel individual, se estudian los factores históricos, biológicos y personales que aumentan la probabilidad de que un individuo sea víctima de violencia, en éste pueden considerarse características como la edad, sexo, nivel educativo, el empleo o los ingresos, son factores de riesgo que se deben observar con la presencia de antecedentes de conductas agresivas o de autodesvalorización; trastornos psíquicos de la personalidad; adicciones o situaciones de crisis individual debido a la pérdida de empleo, las frustraciones profesionales o el fracaso escolar.

A nivel de las relaciones que tienen las personas como la familia de pertenencia, entre cónyuges, parejas, o entre quienes forman el grupo familiar y los más cercano de amistades. Vivir en ambientes familiares violentos, sufrir agresiones de cualquier tipo o gravedad en la familia, atestiguarlas, tener amistades que cometan actos violentos,

elevan el riesgo de que niños, adolescentes, jóvenes o adultos sufran o realicen actos de violencia.

Desde la perspectiva de género, son relevantes las formas en que se conciben y practican las relaciones y jerarquías de género entre mujeres y hombres, tanto en las familias, como en el círculo de amistades.

Como modelos de identidad, el patriarcado, y el machismo pautan comportamientos sexistas y discriminatorios para las mujeres que incorporan el uso de diversas modalidades de violencia, tanto entre mujeres y hombres como entre varones. La reducción de riesgos en este plano llevaría a incentivar cambios hacia formas pacíficas y respetuosas de convivencia familiar y hacia una mayor equidad de género.

Este nivel explora los contextos comunitarios en donde se desarrollan los individuos y las familias, así como las relaciones sociales que se establecen en los vecindarios, el barrio, los ambientes escolares y laborales más próximos.

Se trata de identificar las características de estos ambientes y determinar en qué medida éstas pueden aumentar el riesgo de ocurrencia de actos violentos o fomentar la cultura de la violencia. Los riesgos pueden estar potenciados por conflictos comunitarios derivados del deterioro urbano, el hacinamiento, el desempleo o la falta de oportunidades de desarrollo educativo y deportivo, así como por la carencia de espacios lúdicos. La presencia de comportamientos delictivos, robos, vandalismo, y homicidios.

Los defensores del origen sociocultural de la violencia afirman que los comportamientos agresivos se encuentran institucionalizados, es decir, asentados en valores y prácticas que los dotan de justificación y aceptación; y naturalizados de tal forma que se sabe quién, cómo y cuándo pueden o deben poner en acto formas de violencia.

También son factores potenciadores de la violencia social, por ejemplo, la vigencia o arraigo en las comunidades de intolerancia ante la diversidad étnica, racial, sexual y religiosa.

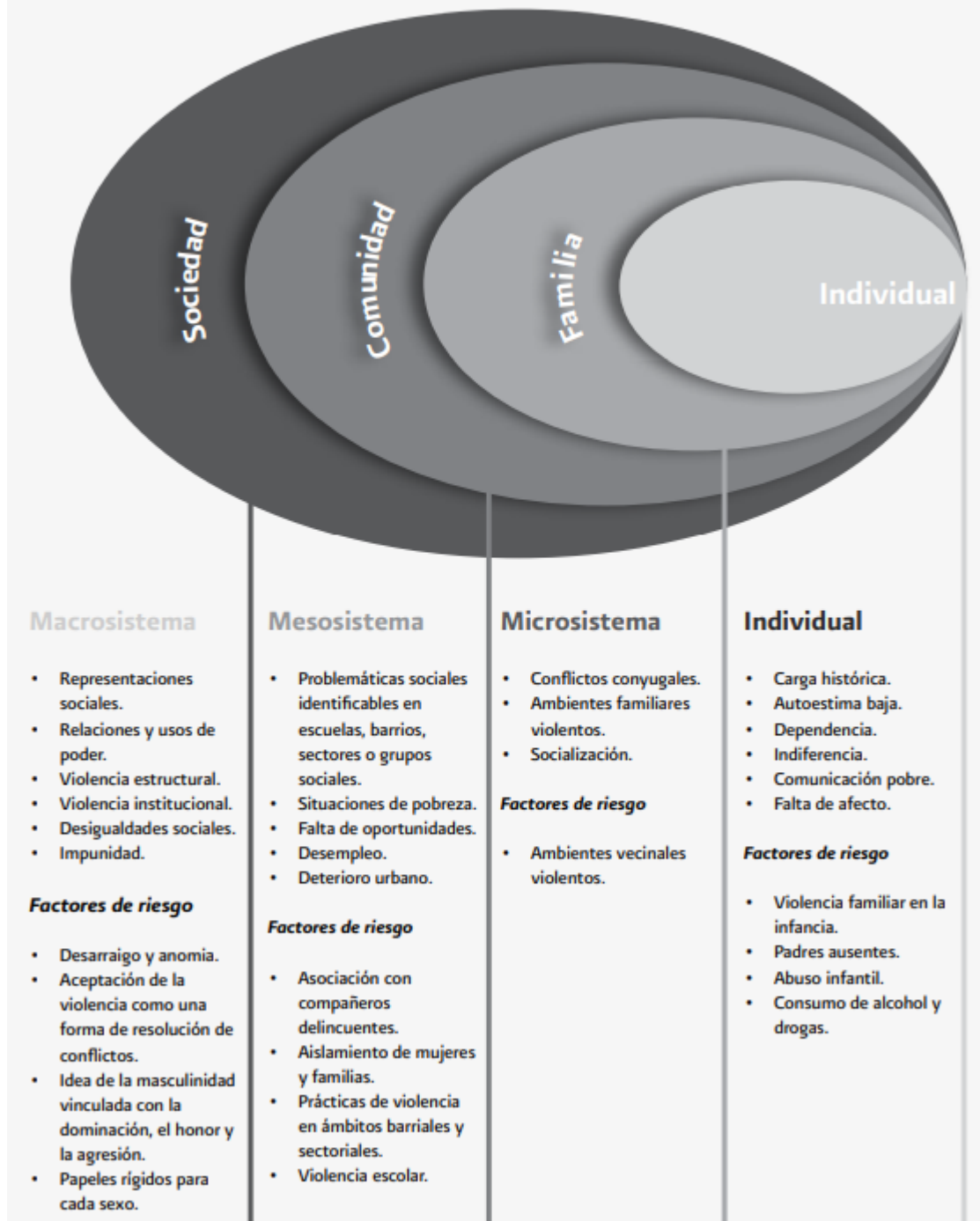
El cuarto nivel es el que corresponde al momento en el que se ejecuta el acto de violencia, aquí se toman en cuenta las posibles motivaciones de la época en que se encuentran las personas, los grupos o la sociedad, para llevar dichos actos de violencia.

Esta señala, por ejemplo, la fuerza que ideologías intrínsecamente violentas como el racismo, el fascismo, el darwinismo social, la homofobia o los fundamentalismos religiosos pueden ejercer para justificar guerras comunitarias, limpiezas raciales, crímenes de odio e incluso las limpiezas contra la delincuencia basadas en justicia por mano propia que corresponden a las políticas sanitarias, económicas, educativas y sociales que ayudan a mantener la desigualdad económica o social entre varios grupos de la sociedad.

Por la superposición y complementariedad de los factores que se presentan en estos niveles, el enfoque ecológico tiene un gran poder explicativo, pues permite entender las causas de la violencia y la interacción de los factores de riesgo que operan en las personas, en sus relaciones, en la comunidad y en los ámbitos social, cultural e histórico.

A partir de esto, se deben abordar acciones integradas para erradicar la violencia contra la mujer, en los niveles donde se manifiestan los diversos factores de riesgo. Según el enfoque ecológico, se pueden aplicar acciones en cuatro ámbitos antes desarrollados. (Ferreto, 2011)

Enfoque ecológico de factores relacionados con la violencia basada en el género



Fuente: (Ferreto, 2011)

Los datos indican que la mayoría de las mujeres maltratadas no son víctimas pasivas, sino que a menudo adoptan estrategias para potenciar al máximo su seguridad y la de sus hijos. Heise y Colegas (1999) plantean que lo que podría interpretarse como falta de acción, sumisión y debilidad de una mujer puede de ser el resultado para sobrevivir y proteger su vida y la de sus hijos, a su vez, añaden indicios de varias razones

por las cuales las mujeres pueden permanecer en relaciones violentas, por ejemplo: El temor a represalias, falta de medios económicos, preocupación por sus hijos, falta de apoyo de familiares/amigos, estigmatización o posible pérdida de la custodia de los hijos, asociadas con el divorcio, amor y esperanza de que su pareja cambie, pero a pesar de estas barreras, con el tiempo muchas mujeres maltratadas sí abandonan a las mismas, a menudo después de múltiples intentos y de años de violencia.

En el estudio multipaís de la OMS, entre 19% y 51% de las mujeres alguna vez fueron maltratadas físicamente por su pareja, habrían dejado su casa durante al menos una noche, y entre 8% y 21% abandonaron sus hogares entre dos a cinco veces, uno los factores que parecen conducir a una mujer a dejar a su pareja es el aumento en la gravedad de violencia, está la lleva a darse cuenta de que él no cambiará, y el reconocimiento de que la violencia está afectando a sus hijos. (Organización Panamericana de la Salud, 2014)

La palabra maltrato se menciona en los medios de comunicación constantemente, como forma de definir una situación en la que las mujeres permiten durante años vivir completamente sometida a una persona.

Cada vez que aparece una mujer asesinada o lesionada en manos de su marido, se tiende a compadecerse de la situación, pero también no se puede evitar pensar “por qué deja que le haga eso”, estos pensamientos surgen en más de una ocasión en personas que actúan solo como observadores; expresiones como “yo no permitiría nunca que nadie me levante una mano”, generalmente las mujeres son víctimas y el marido el agresor, pero cuando se llega a criticar a la víctima por aguantar esa situación, solo da como resultado la agresión directa, convirtiéndola nuevamente en una víctima.

La violencia a la mujer por parte de sus parejas o exparejas, están caracterizadas por algunos elementos que la diferencian de otros tipos en cuanto a la violencia interpersonal.

1. El agresor y la víctima mantienen una relación afectiva y de convivencia.
2. El agresor no es alguien desconocidos o un enemigo que ataca, sino es alguien con quien la víctima comparte la vida cotidiana.
3. Los episodios de agresiones tienen un inicio en la etapa de convivencia, embarazo, nacimiento de hijas/os.

4. La cronicidad de la violencia es otro aspecto a destacar. Las mujeres afectadas por esta consultan luego de una larga evolución de las agresiones.
5. Otro hecho es la repetición de actos violentos, las continuidades de estas nos indican, que no se trata de episodios aislados, sino un patrón de relación, en que cíclicamente va aumentando la tensión que culmina con la agresión hacia la mujer y volviendo a una calma por parte del agresor que consiste en lograr el control y sumisión de las víctimas.
6. Las víctimas frente a la violencia toman como estrategia evitar cualquier tipo de mención de denuncias, huidas, petición de protección a otros familiares etc. Tienen como objetivo el cambio conductual del agresor, muchas veces inalcanzable.
7. Las repercusiones a la mujer abarcan múltiples manifestaciones, en el plano psíquico experimentan la indefensión aprendida, estrés postraumático, síndrome de la mujer maltratada, trastorno de ansiedad, depresión, pasividad, disminución de control sobre su vida, hechos traumáticos asociados a culpa y vergüenza siendo muchas veces piedras puestas en su camino para no salir de la situación de violencia. (Villanueva, 2012)

La psicóloga estadounidense Leonor Walker pudo identificar las diferentes fases que se repiten en los casos de violencia de género. A través de los testimonios de las mujeres a las que trataba, observó que las víctimas no son agredidas todo el tiempo de la misma manera, sino que existen fases para la agresión, que cada una tiene una diferente duración, consta de tres fases que se repiten una y otra vez, la primera es acumulación de tensión (Tensiones que se construyen), la segunda es estallido de tensión (La violencia explota) y la última es luna de miel o arrepentimiento (Calma o interludio amoroso).

Fase I – Acumulación de la tensión: Se producen diversos episodios que llevan a roces permanentes entre los miembros de la pareja, con un incremento constante de la ansiedad y la hostilidad

Duración: Indeterminada, desde días, semanas, meses o años.

Incidentes: Menores ej: gritos, peleas pequeñas, celos etc.

Víctima: Suele interpretar estos incidentes como situaciones sin importancia, considerando que no se volverán a repetir o simplemente desaparecerán, busca constantemente justificar al agresor buscando la culpa en otros factores o se auto

culpabiliza, trata de complacer al agresor y no solo eso, sino que lo encubre frente a otras personas.

Tratan generalmente de calmar al agresor, se anticipa a cada capricho, permanece “fuera del camino” de él, evita que la lastimé más, se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada psicológica y físicamente, busca excusas como “tal vez yo merecía esa agresión”, “no tenía la comida a tiempo”, “no tuvo un buen día”, “salí sin decirle hacia donde iba”, “estoy ganando más que él”, etc.

También suelen restarles importancia a los incidentes, al saber que el agresor es capaz de mucho más: “no fue para tanto”, “pudo haber sido peor”. Tiene la esperanza de cambiar con el tiempo: “pronto pasará” negando psicológicamente el terror por la inevitable segunda fase que se le aproxima, perdiendo en esta fase el poco control que tenía de la situación. Las mujeres que ya conocen el ciclo, muchas veces “aceleran” la llegada de la segunda fase: “si inevitablemente ésta llegará, entonces es mejor que llegue pronto y pase”.

Agresor: Durante esta fase es cada vez más agresivo, se enoja por cosas insignificantes como la comida, el ruido que provocan los niños, porque su esposa o compañera no está cuando la necesita para algo, etc. Está sumamente sensible (todo le molesta), se encuentra tenso, irritado, celoso, aumentando cada vez más humillaciones y violencia.

En esta fase, ellas están muy atentas a las manifestaciones y tratan, por todos los medios de “calmar” al agresor, es haciendo todo para poder complacerlo. Es aquí cuando inicia el proceso de auto-culpabilización y elaboran la fantasía de creer que algo que ella haga, logrará detener o reducir la conducta agresiva del ofensor, generalmente, en esta fase las mujeres atribuyen la agresión a factores externos como el “estrés” y niegan el enojo de su esposo o compañero.

Esta actitud de la mujer da como resultado que el agresor no se sienta responsable por su comportamiento, a la vez que la sociedad, con diferentes mensajes, también apruebe este derecho que creen tener: disciplinar a su esposa aun usando la violencia física.

La tensión seguirá aumentando gradualmente, acumulándose hasta llegar a la fase siguiente.

Fase II – Estallido de tensión: Walker define esta fase como la "descarga incontrolable de las tensiones que se han acumulado en la fase anterior" denominada episodio agudo, en la cual toda la tensión que se había venido acumulando, da lugar a una explosión de violencia que puede variar en su gravedad, desde un empujón hasta el homicidio.

Duración: Indeterminada, minutos, horas.

Incidentes: Se define por falta de control o descarga incontrolada de tensiones, en esta, los daños son mayores y se producen agresiones físicas, psicológicas o sexuales.

Víctima: Las mujeres suelen experimentar un estado de colapso emocional (síntomas de indiferencia, depresión y sentimientos de impotencia). Tienden a permanecer aisladas y pueden pasar unas 24 horas para denunciar o pedir ayuda.

Agresor: Se comprobó que los agresores, tienen control sobre sus comportamientos violentos y lo descargan sobre sus parejas de manera intencionada y selectiva.

Los agresores generalmente culpan a las esposas/compañeras de la aparición de esta segunda fase. Cuando termina la golpiza, generalmente ambos están confusos y la mujer sufre un fuerte trauma, permanece aislada, deprimida, sintiéndose impotente. Además, saben lo difícil de acudir a la policía o que leyes que la protejan.

Fase III – Luna de miel o arrepentimiento: Se produce el arrepentimiento, a veces instantáneo por parte del hombre, dándose un pedido de disculpas y la promesa de que nunca más volverá a ocurrir.

Duración: Generalmente es más larga que la segunda y más corta que la primera.

Incidentes: El agresor pide perdón y promete que no volverá a suceder.

Víctima: Este periodo dificulta en muchas ocasiones la posibilidad de que la víctima denuncie la situación, puesto que el comportamiento amable de su pareja le hace pensar que quizá haya sido solo un suceso aislado y que nunca más se va a volver a repetir o puede que sea durante esta etapa cuando la víctima retire la denuncia que había puesto en la etapa anterior.

Agresor: Se muestra cariñoso, amable e incluso arrepentido por sus actos.

Después de la fase del arrepentimiento se vuelve a la primera unas cuantas veces, poco a poco la última fase se hace más corta, ya que las agresiones suelen ser más violentas, la luna de miel termina desapareciendo y comenzando la fase de tensión directamente luego del estallido.

Es aquí donde se cierra el proceso de estructuración de la victimización de la

mujer, la tensión disminuye a lo mínimo, el agresor cree que nunca más se presentará este episodio entre otras cosas, porque la conducta de la esposa/compañera cambiará. Si la mujer toma la decisión de dejar la relación, es en esta fase que abandona esa idea. El la acosa afectuosamente y utiliza todos los recursos, por ejemplo, los familiares para que la convenzan de desistir en su decisión de terminarla relación.

Es en este entonces cuando la mujer retira los cargos, abandona el tratamiento y toma como real la esperanza de que todo cambiara. Esta fase no tiene una duración igual en todas las relaciones., esta fase va a ir disminuyendo, hasta desaparecer en algunos casos. Después de la tercera fase, la primera vuelve a aparecer y algunas mujeres sobrepasadas por la situación, pueden matar a sus agresores cuando inician nuevamente, ya no soportando una agresión más.

La violencia comienza de una manera sutil, toma la forma de agresión psicológica, que consiste en pequeños atentados contra la autoestima de la mujer, el agresor la ridiculiza, ignora su presencia, no presta atención a lo que ella dice, se ríe de sus opiniones o sus iniciativas, la compara con otras personas, la corrige en público, etc.

Estas conductas no parecen en primera instancia como violentas, pero ejercen un poder devastador sobre las mujeres, dando como resultado un debilitamiento de sus defensas psicológicas, comienzan a tener miedo de hablar o de hacer algo por temor a la crítica; comienzan a sentirse deprimida y débiles.

En segunda instancia, aparece la violencia verbal, que tiende a reforzar la agresión psicológica. El agresor insulta y denigra a la mujer, la ofende, comienza a amenazarla con agresión física, con matarla o suicidarse. Poco a poco crea un clima de miedo constante. La ridiculiza en presencia de otras personas, le grita y la acusa de tener la culpa de todo.

En muchos casos la mujer llega a un estado de debilitamiento, desequilibrio emocional y depresión que la llevan a una consulta psiquiátrica, en la que habitualmente la medican con psicofármacos y no llega el fondo del problema por verse como culpable.

Poco a poco dan paso a la violencia física. El agresor toma del brazo a la víctima y se lo aprieta, puede fingir estar “jugando” para pellizcarla, producirle moretones, tirarle de los cabellos, empujarla, golpearla. Hasta que, en un momento, le da una cachetada con la mano abierta, después siguen las patadas y las trompadas, comienza a recurrir a objetos para lastimarla.

Con las variaciones culturales obvias, este ciclo conyugal se da en todas las las clases sociales. La única forma de cortar el ciclo es por medio de una intervención externa. Según los casos, esta intervención está dada por familiares, amigos, médicos, educadores, psicólogos, trabajadores sociales, abogados, policías, y mediatizada por instituciones como el hospital, la escuela, los tribunales o la iglesia. (Núñez, 2017)

Se muestra como un gráfico simple de entender y explicar, cualquier profesional de la salud puede con este detectar en qué fase y/o etapa se encuentra la víctima y a su vez puede concientizar sobre el rol importante de la mujer para poder romper con su ciclo violento.



Fuente: (Galan, 2016)

Existe un elemento fundamental que paraliza la decisión de abandonar el ciclo de la violencia y es el MIEDO, a su vez, muchas mujeres que son víctimas de violencia mantienen su relación con el agresor, este tipo de efectos paradójicos se explican por distintas teorías.

Montero (2001) expone que el síndrome de adaptación paradójica (SAPVD), plantea que el maltrato y la violencia contra la pareja suele mantenerse limitado al espacio donde esta situación se produce, quedando de este modo la víctima

desprotegida.

El aislamiento en el que se encuentra esta aumenta la vulnerabilidad y el grado de desprotección para hacer frente a la situación de riesgo y maltrato en el que se encuentra. En este contexto se hace dificultoso para ella el realizar la denuncia o poner fin al vínculo con su pareja, resultando frecuente que transcurran años hasta poder concretarlo.

Las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas relatan que el sostenimiento de la relación se sostiene por múltiples factores; la sensación de que ella hizo algo que justifica la agresión, la ilusión de que va a cambiar, el miedo al que el castigo sea aún más violento, el temor a represalias económicas, encontrarse aislada de sus vínculos afectivos por fuera de la pareja al que fue empujada la víctima, el poder del agresor para silenciarla, la vergüenza, el temor a que no le crean, entre otros.

Algunos autores plantean que la dificultad de la víctima para poner fin a este vínculo violento está dada por el lazo traumático que la misma vive con el agresor a consecuencia del desequilibrio de poder y en la irregularidad en el trato con intervalos de buen trato y de trato violento.

Esta teoría es una adaptación del Síndrome de Estocolmo, conocido como Síndrome de Estocolmo Doméstico, el Síndrome más común en personas víctimas de algún tipo de abuso como ser tomado de rehén, ser víctima de violencia familiar, ser prisionero de guerra, o de campos de concentración, ser víctima de violencia en la pareja, este síndrome en el terreno de la violencia contra la pareja, da una respuesta emocional que manifiesta la víctima, como consecuencia de la vulnerabilidad e indefensión que produce la reiterada agresión física, verbal o sexual, para que el mismo se instale, se debe producir además una identificación inconsciente de la víctima con su agresor que se manifiesta a través de la justificación o responsabilizándose de la agresión.

Para este autor el Síndrome sería un mecanismo activo de adaptación obteniendo la regulación de la conducta y el equilibrio. Este proceso se presenta a través de cuatro fases: 1) fase desencadenante, 2) fase de reorientación, 3) fase de afrontamiento y 4) fase de adaptación.

En la fase desencadenante comienza con los primeros episodios de maltrato. Desde el plano psicológico se produce un efecto traumático al quebrantarse el espacio de confianza y seguridad que la relación afectiva de la pareja contenía.

Esta ruptura ocasiona en la mujer desorientación, estado de incertidumbre, estrés y tensión emocional, durante la fase de reorientación, la mujer intentará reordenar sus

pensamientos ante el cambio abrupto de la fase anterior, busca nuevos referentes, pero habitualmente se encuentra sola y aislada de sus redes socio afectivas, su pareja se ha convertido en una amenaza, la realidad traumática que vivencia, la reiteración de la violencia sumado al peligro incierto en el cual se encuentra, conlleva al deterioro psicofísico de la misma.

En esta fase transcurre por el afrontamiento por medio de estrategias que pueda implementar estando condicionada por variables individuales y contextuales. Por último, en la fase de adaptación la mujer comienza a acoplarse a la situación de violencia de su agresor, desarrollando un vínculo paradójico caracterizado por la emisión simultáneo de dos mensajes, amor y maltrato, contradictorios en donde el poder lo ejerce quien emite el mensaje (el hombre), en este este vínculo la mujer se siente confundida, bloqueada, consolidándose en SAPVD a través del proceso de identificación con su agresor, no obstante, lo característico en el SAPVD es que la mujer ante la sensación de no contar con recursos conductuales adecuados para afrontar la situación, desarrolla sentimientos de pérdida de control, lo que se conoce como indefensión aprendida.

Seligman (1975) plantea a la indefensión adquirida como el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos son incontrolables, cuando no podemos hacer nada para cambiarlos, y hagamos lo que hagamos siempre sucede lo mismo, las emociones de indefensión en mujeres maltratadas pueden debilitar la capacidad de solucionar y la mujer se adapta a las circunstancias utilizando mecanismos como la minimización o negación, e inclusive la disociación, Walker detalla que las mujeres golpeadas no intentan dejar la situación de maltrato, incluso cuando pueda parecer a un observador externo que es posible escapar ya que no pueden predecir su propia seguridad y creen que nada de los que ellas o cualquier otra persona haga puede alterar sus terribles circunstancias.

En ella ocurren tres situaciones: la pasividad, debilidad para resolver problemas, sentimiento creciente de indefensión, incompetencia, frustración y depresión, no todas las mujeres maltratadas que permanecen con el agresor responden a la violencia con pasividad, muchas tratan de evitar situaciones que podrían alterar a la pareja, otras luchan en defensa propia y hasta pueden algunas matar a su agresor porque perciben que ésa es la única salida que les queda para acabar con la violencia.

De la misma forma existe el proceso de desaprender la indefensión aprendida y esta permite que las mujeres maltratadas comprendan y salgan del ciclo de la violencia, entendiendo por si mismas o muchas veces junto a un equipo interdisciplinario, el poder

de la mujer dentro de la pareja y las habilidades que posee para poder escapar.

Lo expuesto, permite visibilizar que, en la violencia contra la pareja, la persona maltratada puede desarrollar un “Síndrome de indefensión aprendida”, “Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica” o el “Síndrome de Estocolmo Doméstico”. Pero más allá de la denominación que se adopte, al momento de intervenir, la víctima se encuentra en una situación donde el miedo intenso, ante lo cual intenta protegerse, desarrolla una identificación traumática con su agresor como estrategia de supervivencia. (Puhl, 2019)

Ante todo, lo planteado, la violencia es un problema de salud pública, dada su extensión, magnitud y consecuencias, que afecta de manera desproporcionada a las mujeres, estando en condiciones de mayor vulnerabilidad por razón de su orientación sexual o identidad de género, que constituye un indicador de la salud, que a su vez, produce graves consecuencias para la salud de ella y del núcleo familiar. Un autor cita *“...la violencia en el hogar, pone en peligro la salud de todos los involucrados, pues disminuye las defensas orgánicas, disminuye o vuelve más rígidas las defensas psíquicas, incrementa las enfermedades existentes o produce nuevas alteraciones”* (Ferreyra, 1992, p. 24).

Los problemas de salud que produce la violencia determina que la mujer acuda a los servicios de Atención Primaria a la Salud, ya que, forma el primer nivel de asistencia, que se caracteriza por tener mayor accesibilidad y capacidad de abordar íntegramente problemas de salud y atender a la comunidad de una forma integral, permanente, continuada y activa.

La atención abarca a todas las personas enfermas, o no, incluyendo actividades para su prevención y manteniendo su salud. La mayoría de las mujeres que viven en un barrio o comunidad suelen tener un contacto en algún momento de su vida, con los integrantes del equipo de salud, realizando consultas frecuentes para familiares, o para ellas mismas, pueden asistir con lesiones físicas y/o daños psicológicos que pueden estar plasmados en una historia clínica.

Sin embargo, esto no asegura la detección de situaciones de violencia. Ya que, se entiende que tanto el trabajo, como profesionales de la salud, pueden ofrecer más que un punto de contacto, brindando escucha activa, contención, información y acompañamiento.

Entre las acciones que realiza la prevención primaria incluye la difusión de los derechos de la mujer en folletos, charlas, programas, etc. Como también, mediante

acciones que promuevan la equidad y los derechos humanos de las mujeres. En la prevención secundaria se concentran más bien, en las acciones centradas en detener la violencia, con la atención pre hospitalaria o mediante métodos de detección precoz, tratamientos post agresión sexual, como profilaxis post-exposición al VIH, ITS o anticoncepción de emergencia. Y para la prevención terciaria, acciones centradas en la atención posterior a actos violentos, a través de un equipo interdisciplinario para la consejería, cuidado especializado, rehabilitación y reintegración de la víctima, se aboca directamente a reducir los traumas o discapacidad de larga duración asociados con la violencia.

En 1996 la Asamblea Mundial de la Salud declara que la violencia contra la mujer es un problema de la salud pública muy grave, que el Estado y las Organizaciones de Salud, deben tratar con carácter urgente, aunque sean frecuentemente ignoradas por el sector de salud, los profesionales a menudo desconocen las consecuencias que tiene la violencia contra la mujer, considerando que se trata de un problema social o cultural que no guarda relación con su labor profesional, sí no se toma en cuenta esto, no sólo pierden oportunidad de tratar un importante asunto de la salud pública, sino que también pueden, sin darse cuenta, ocasionar daño a la mujer, o exponerla a otras situaciones de violencia. (OPS, 2019)

La violencia doméstica ocasiona consecuencias muy negativas en todos los miembros de la familia, al conjunto de la sociedad, y es considerada como un grave obstáculo para el desarrollo y la paz.

Escalas mundiales se han identificado por los daños de este fenómeno. Consecuencias físicas y psicológicas para las mujeres que sufren violencia, en el nivel físico se encuentran; cefaleas, dolores de espalda, trastornos gastrointestinales, disfunciones respiratorias, palpitaciones, hiperventilación y lesiones de todo tipo como traumatismos, heridas, quemaduras, enfermedades de transmisión sexual y/o embarazos no deseados debido a relaciones sexuales forzadas, embarazos de riesgo y abortos. La violencia puede acarrear para la víctima incluso consecuencias letales mediante el homicidio o el suicidio. A nivel psicológico, se generan efectos profundos, tanto a corto como a largo plazo, la reacción inmediata suele ser de conmoción, paralización temporal y negación de lo sucedido, seguidas de aturdimiento, desorientación, sentimientos de soledad, depresión, vulnerabilidad e impotencia.

Luego los sentimientos de la víctima pueden pasar del miedo a la rabia, de la tristeza a la euforia, de la compasión de sí misma al sentimiento de culpa. A mediano

plazo, pueden presentar ideas obsesivas, incapacidad para concentrarse, insomnio, pesadillas, llanto incontrolado, mayor consumo de fármacos y adicciones.

A su vez, puede presentarse una reacción tardía, descrita como Síndrome de Estrés Postraumático, que consiste en una serie de trastornos emocionales, que no necesariamente aparecen temporalmente asociados con la situación que los originó, pero que constituyen una secuela de situaciones traumáticas vividas, tales como haber estado sometida a situaciones de maltrato físico o psicológico.

Algunos de sus síntomas son: trastornos del sueño (pesadillas e insomnio), trastornos amnésicos, depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, trastornos por somatización, fobias y miedos diversos, disfunciones sexuales y el uso de la violencia hacia sus propios hijos.

A nivel social puede ocurrir un deterioro de las relaciones personales, aislamiento social y la pérdida del empleo, debido al incremento del ausentismo y a la disminución del rendimiento laboral. (Walton, La violencia intrafamiliar, 2019)

Las mujeres en situación de violencia tienen más necesidad de salud y solicitan servicios con mayor frecuencia que la población en general.

En cambio, es menos probable que las mujeres víctimas busquen servicios de atención preventiva, como mamografías, exámenes para medir colesterol, presión arterial o pruebas de detección de cáncer.

Esto influye directamente a los costos sanitarios, ya que la prevención es generalmente más eficaz en función de los costos que el tratamiento en sí, es importante destacar que los equipos de salud que trabajan en este problema, los que continúan sosteniendo las acciones y los que no, puedan iniciar acciones de sensibilización hacia adentro del mismo equipo, y junto con la comunidad, poder abordarlo, teniendo en cuenta las dificultades que se presentarán a la hora de construir un abordaje, que permita disminuir estas complicaciones y preservar la vida.

El miedo al estigma impide que muchas mujeres denuncien la violencia sexual fuera de la pareja, otras barreras para la recolección de datos, incluyen el hecho de que pocos países recopilan información sobre este tipo de violencia, que sobre la violencia ejercida por la pareja.

Además, muchas encuestas sobre la violencia sexual fuera de la pareja emplean enfoques de medición menos sofisticados que los utilizados en el monitoreo de violencia de pareja. Los niños, a su vez, crecen en familias con ambientes violentos, y tienden a sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales.

Estos pueden asociarse también al padecimiento de los actos de violencia que presencian, o que vivieron, estudios demostraron que la violencia de pareja también repercute en las tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años (por ejemplo: enfermedades diarreicas, mal nutrición, deshidratación etc.) (OMS, 2013)

Por último, el femicidio es el asesinato intencional de una mujer solo por el hecho de ser mujer, pero existen definiciones más amplias abarcan, todo asesinato de una niña o mujer, generalmente ocasionada por los hombres, al encontrarse en un ciclo de violencia sin fin.

El Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación, obtiene su información de distintos portales de noticias de internet, que contienen secciones policiales y de información general, tanto de alcance nacional como provincial y local, en diarios nacionales como también del interior del país, en los servicios de las agencias de noticias y mediante consultas en los buscadores de internet.

En el período de aislamiento social y preventivo contra el COVID-19, trajo consigo la prohibición de la libertad o resguardo de la convivencia de la víctima con su agresor, y con ella, la dificultad de protegerse, independientemente de los diferentes dispositivos de comunicación que se implementaron, como el botón de pánico en el dispositivo móvil, restricciones perimetrales, el riesgo se mantuvo latente y en aumento de casos de femicidios.

La muestra refleja los resultados de noticias, en el período entre el 1 de enero y el 31 de julio de 2020 en el cual se registraron 168 víctimas de femicidios confirmadas, 168 mujeres sin poder salir del ciclo de violencia. (Observatorio de Femicidios, 2020)

Material y Métodos

Tipo de estudio

El tipo de abordaje metodológico será cuantitativo, ya que existe una retroalimentación mutua entre la recolección de datos y el análisis de los mismos. El tipo de estudio será no-experimental, observacional, ya que no se manipulará la variable independiente (causa), será descriptivo porque estudiará las variables tal como se presentarán en la realidad, sin ser manipuladas por parte del investigador. También si se clasifican de acuerdo a la cantidad de mediciones que se realizaran, el estudio será transversal porque se llevará una única medición de las variables por parte del investigador.

Según el momento de ocurrencia de los hechos, el diseño será prospectivo porque se observarán los datos acerca del grado de violencia doméstica en las mujeres que acudan a un centro de primer nivel de atención por alguna consulta ginecológica o recetas de anticonceptivos. El investigador captará la información en el momento en que se presentan. (Guillén, 2012)

Sitio y Contexto:

Para la selección del sitio se realizó una guía de convalidación de sitio (Anexo I), donde se pudo verificar que: cuenta con la autorización de las autoridades del lugar y que se encuentran presentes las variables a investigar.

El lugar donde se realizará el estudio será en un Centro de Salud de dependencia Municipal, de primer nivel de atención, ubicado en la Ciudad de Rosario, en zona norte. Sus servicios están adaptados a las necesidades de la comunidad del barrio en particular. Se realizan actividades de prevención, promoción y educación de la salud, como así también de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. También cuenta con accesibilidad geográfica al encontrarse en una de las avenidas principales del barrio, la gente puede acceder desde cualquier línea de colectivo. Su coordinación es mediante un sistema de referencia y contra referencia con hospitales de segundo y tercer nivel de atención. A su vez es integral por todas especialidades que posee. (ver anexo III)

Amenazas:

✓ Sitio y Contexto

- **Historicidad:** Durante el cuestionario se debe considerar el mismo espacio de privacidad, y ambiente tranquilo para todas las mujeres. Control: Guía de convalidación de sitio.
- **Maduración:** Las mujeres pueden comprender el estado de violencia en el que se encuentra y evitarlo.

Control: Esto se logrará evitando ampliar el tiempo de investigación de manera tal de asegurar que las mujeres no maduren en base al comportamiento de la violencia doméstica.

Principios Éticos:

El principio de ética que se aplica es el de beneficencia/ no maleficencia. La violencia en cualquiera de sus formas resulta un tema complejo y sensible, indagar sobre ella posiblemente constituya una limitación para las mujeres en querer exponerla, por lo tanto, se debe garantizar en la Guía de Convalidación de Sitio que exista un accionar interdisciplinario junto a psicólogos que estén a disposición para brindar contención.

Población y Muestra

Se trata de un muestreo no probabilístico, y la elección de la unidad de análisis no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación. Llega a poseer un valor limitado al momento de generalizar los resultados. Con respecto a la técnica para la selección será accidental, ya que es por conveniencia o comodidad del investigador en recursos y tiempo disponible.

Con respecto a la unidad de análisis teniendo en cuenta los criterios de inclusión/exclusión, corresponde a cada una de las mujeres que asistan a un servicio de primer nivel atención, mayores de 20 años y menores de 65 años que de manera independiente (sin acompañantes), los días lunes, miércoles y viernes en el horario de las consultas ginecológicas, aplicación o entrega de anticonceptivos.

Criterios de Exclusión:

- **Edad:** Menores de 20 años y mayores de 65 años.

Principios Éticos:

El principio que se tiene en cuenta es el de justicia, porque se deberá mantener el trato justo a la hora de seleccionar a la unidad de análisis, sin prejuicios de interés, en todo caso porque existe una conveniencia en los días que asisten las mujeres a las consultas ginecológicas, conveniente para el investigador y aprovechando el flujo de la población.

Validez Externa:

En este estudio se tomará parte de la población, es decir, cada una de las mujeres que hayan ido a un servicio de atención primaria de la salud por un caso directo de violencia doméstica. Por tal motivo el alcance de este trabajo solo puede generalizarse a la muestra en estudio.

- Comunicación: se informará a cada participante los objetivos del estudio, sus beneficios mediante un consentimiento informado.
- Homogeneidad: Utilizar sujetos que posean las mismas características.
- Condiciones ambientales: Durante el cuestionario se debe considerar el mismo espacio de privacidad, y ambiente tranquilo para todas las mujeres.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos

Operacionalización de las variables

Variable 1: Grado de Violencia Domestica Variable Dependiente (Cualitativa compleja)

Definición conceptual: Aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado del hogar en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación con la víctima.

La violencia domestica ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (2017) como: “todo acto de violencia de género que cause o tenga probabilidades de causar daño o sufrimiento físico, sexual o mental a la mujer; incluye las amenazas de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en público o en la vida privada”

Se incluyen como categorías los tipos de violencia establecidos en la ley 26.485/2009, artículo 5. Las categorías de esta variable no son excluyentes, por lo que en un mismo hecho de violencia se puede registrar más de un tipo de violencia. Ellas son:

- Física: Se ejerce contra el cuerpo de la mujer.

- Psicológica: Causa daño emocional y disminución de la autoestima.
- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual.
- Económica y patrimonial: Aquella dirigida a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer.

La escala con el que se llevará a cabo es “Woman Abuse Screening Tool” (WAST). Contiene 8 Ítems que preguntan sobre el grado de tensión o dificultad existente en la relación, con la presencia de episodios violentos tanto físicos, como sexuales y emocionales.

Dimensión 1: Violencia Física

Indicadores:

- Usted y su pareja resuelven sus discusiones (argumentos)
- Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones

Dimensión 2: Violencia Psicológica

Indicadores:

- Las discusiones del día a día las resuelven con dificultad
- La relación con su pareja le genera tensión
- Siente miedo de lo que su pareja diga o haga
- Tu pareja te menosprecia; le insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente

Dimensión 3: Violencia Económica

Indicadores:

- Tu pareja controla el dinero que gastas, o te obliga a realizar trabajo en exceso.

Dimensión 4: Violencia Sexual

Indicadores:

- Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas.

Variable 2: Situación laboral Variable Independiente (Cualitativa simple)

Definición conceptual: Condición laboral de la mujer.

El modelo psicosocial que llevaron a cabo Kualmuss y Strauss han puesto en manifiesto que existe una relación de dependencia de la mujer y la violencia que el hombre impartía hacia esta. La dependencia económica está relacionada con el abuso. Las mujeres dependientes de la pareja son más tolerables a la violencia por parte del hombre.

Indicador:

¿Trabaja? SI/NO

Variable 3: Estado civil Variable Independiente (Cualitativa Simple)

Definición conceptual: Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

Esta variable registra que tipo de relación mantiene o mantuvo la mujer con el agresor o agresora al momento de la situación de violencia. Es un dato muy importante al momento de poder interpretar en los niveles de vulnerabilidad que se encuentran las víctimas de situaciones de violencia. Vulnerabilidad entendida desde distintas formas, quizás no haya una vulnerabilidad mayor que la otra, se constituyen cada una con su propia identidad. Los agresores, pueden ser desconocidos, conocidos, familiares, no familiares, amigo/as, pareja, ex pareja, cada uno de esos vínculos, no hace más que identificar a la cantidad de situaciones de vulnerabilidad que las mujeres o personas auto percibidas como mujer están expuestas en la vida cotidiana, porque cada una de esas relaciones están atravesadas por la constitución del patriarcado. (Luna, 2011)

Indicadores:

Divorciada

Concubinato

Soltera

Ex pareja

Casada

Variable 4: Nivel de formación Variable Independiente (Cualitativa simple)

Definición conceptual: Formación destinada a desarrollar la capacidad intelectual, moral y afectiva de las personas de acuerdo con la cultura y las normas de convivencia de la

sociedad a la que pertenecen.

Indicadores:

S/estudios

Primario completo

Primario incompleto

Secundario completo

Secundario Incompleto

Superior completo

Superior incompleto

Otros

Variable 5: Edad Variable Independiente (Cuantitativa simple)

Esta variable corresponde a la edad de las víctimas registrada en el momento que se efectúa la consulta

Variable 6: Número de hijos Variable Independiente (Cuantitativa simple)

Indicadores: Números de hijos que refiere la participante.

El instrumento de medición tiene que alcanzar los requisitos de validez, confiabilidad y precisión. Validez en cuanto al grado de un instrumento de medir lo que se pretende medir en el estudio. La confiabilidad de que el instrumento arroja iguales resultados independientemente del sujeto u objeto que se mida. Y la precisión se refiere a la capacidad de un instrumento de dar el mismo resultado, en mediciones diferentes realizadas en las mismas condiciones. (Pineda, 1994)

Un instrumento de medición adecuado es aquel que permite registrar cuantitativamente los conceptos o indicadores que el investigador ha definido con mucha precisión cuando operacionalice sus variables.

Los instrumentos de medición se aplicarán en los meses de enero a marzo del año 2021. La observación se realizará en el horario en el cual las mujeres sean atendidas por consultas ginecológicas. En referencia al lugar, se llevarán a cabo en un Centro de Atención Primaria que cuente con un lugar de intimidad para realizar el cuestionario.

El investigador aplicará el instrumento él mismo, porque puede realizarlo por sus propios medios y no necesita capacitar a otro personal.

Para la variable de violencia doméstica se utilizará la técnica de encuesta porque se pretende recoger los datos objetivos y precisos, mediante un cuestionario de instrumento, de respuestas dicotómicas.

Amenazas:

✓ Instrumentos:

- Instrumento: Administrar la misma prueba o instrumento a todas las mujeres.

Control: Prueba piloto

- Inestabilidad del instrumento: Comprobar que el instrumento sea específico, claro y conciso.

Control: Realizar adaptaciones al instrumento WAST.

Para la variable Violencia Doméstica existe un instrumento llamado “Woman Abuse Screening Tool” WAST (Anexo II) que fue originalmente creada en lengua inglesa en Estados Unidos (EEUU) en el año 1996. El cuestionario se conformó a través de una comprensión literaria exhaustiva y con la ayuda de muchos profesionales del ámbito de atención primaria a la salud, dentro del ámbito de atención a mujeres maltratadas. El instrumento contiene 8 ítems que preguntan sobre el grado de tensión o dificultad existente en la relación, con la presencia de episodios violentos tanto físicos, como sexuales y emocionales. La puntuación final indica grado de abuso sufrido por las mujeres. Este instrumento fue traducido al español y validado por Forgarty y Brown en pacientes hispanohablantes de Estados Unidos de Norteamérica en el año 2002, obteniendo una sensibilidad de 89% y especificidad de 94%. (Binfa, 2018)

Se realizó una adaptación del instrumento WAST (Anexo II) ya que en principio las preguntas carecían de sensibilidad, dando opciones de respuestas que dependían mucho de la subjetividad y cosmovisión de cada mujer. Se modificó la opción de respuesta a dicotómicas, para que la comprensión sea más sencilla.

También se cambió la palabra “abuso” en todos los ítems del instrumento reemplazándola por un concepto que facilitara su comprensión. A su vez, se eliminó un ítem que se consideró reiterativo (pregunta 6), reemplazándola por una pregunta relativa a violencia económica, no considerado en el instrumento original.

Para las variables simples tales como situación laboral, edad, número de hijos, vínculo con el agresor y escolaridad, se utilizará de igual modo la técnica encuesta, mediante un cuestionario para así recoger información de manera rápida. (Anexo II)

Cuidados Éticos

Principio de autonomía: Se resguardará la confidencialidad como también se tendrá que brindar la información completa, un consentimiento informado y a que este sea libre de coerción y coacción

El consentimiento informado debe tener la información necesaria, describiendo la investigación y de su participación, explicación de la confidencialidad y explicación de la participación voluntaria con el derecho a retirarse o dejar de contestar cuando lo desee.

Prueba piloto

La prueba preliminar o piloto se llevó a cabo en una muestra relativamente pequeña, cuyas características son similares a las definidas en la unidad de análisis. Se busca evaluar la comprensión del mismo. Cuales preguntas resultan imprescindibles. Cuales causan molestia a los sujetos. Si es correcta su presentación. Si las opciones de respuesta están bien formuladas, son precisas o suficientes. (ver anexo IV)

Mediante la prueba piloto se evaluarán los siguientes puntos:

- ¿Es correcto el ordenamiento de los ítems?
- ¿Hay algún ítem mal formulado?
- ¿Qué palabras pueden resultar chocantes?
- ¿Cuáles pueden llegar a causar conmoción en la mujer?

Plan de Análisis

Luego de la codificación de los datos, se procederá mediante el análisis cuantitativo de los mismos se llevará a cabo por computadora con el programa Epi Info. La técnica estadística será descriptiva ya que sirve para describir y sintetizar los datos. Y en cuanto al método de análisis será multivariado ya que cuenta con muchas variables independientes y una dependiente que requiere más complejidad a la hora de mostrar los datos.

Reconstrucción de la variable dependiente

El grado de violencia doméstica se medirá con una escala de medición nominal, porque las categorías no tienen orden ni jerarquía, únicamente reflejan diferencias en la variable. Para graficar los resultados de la misma se utilizará un gráfico de barras simples.

Las preguntas tienen como opción de respuestas dicotómicas. Estas reflejan tres grados de violencia, la respuesta menos deseable es “Alta” evaluada entre 7-8 puntos, la intermedia llamada “Media” entre 4-6 puntos, “baja” entre 1-3 puntos y 0 que demuestra la ausencia de violencia en la mujer.

Reconstrucción de las variables independientes

En la edad se medirá con una escala de medición de razón ya que es cuantitativa simple. Se procederá a cualificar esta variable de forma nominal, agrupando según los distintos tipos de adultez siendo, 1 Adulto joven (20-40 años), 2 Adultez media (41-65 años). La forma en que se obtendrá el dato será pidiéndole el DNI si tiene la mujer y comprobando así su edad, a no ser que lo tenga en el momento se puede recurrir a la historia clínica del centro de salud.

El Número de hijos se medirá con una escala de medición de razón. La reconstrucción de la variable mediante la codificación de valor numérico, siendo 1(S/hijos), 2 (1hijo), 3 (2 hijos), 4 (+ de 3 hijos). La forma en que se obtendrá el dato será obteniendo solo la respuesta que expresa la mujer.

En la situación laboral se utilizará una escala de medición nominal. La reconstrucción de la variable simple, se obtendrá agrupando a las que SI trabajan y a las que NO trabajan. Y la codificación será de forma numérica siendo (1) Sí y (2) No.

En el nivel instrucción se utilizará una escala de medición ordinal. La reconstrucción de la variable se llevará a cabo mediante el agrupamiento de los distintos niveles de formación establecidos, que son: 1 S/estudios, 2 Primario completo, 3 Primario incompleto, 4 Secundario completo, 5 Secundario incompleto, 6 Superior completo, 7 Superior incompleto y 8 Otros.

El estado civil se utilizará una escala de medición nominal. La reconstrucción de la variable será mediante la codificación de valor numérico siendo 1 (Divorciada), 2 (Concubinato), 3 (Soltera), 4 (Ex pareja) y 5 (Casada). La forma en que se obtendrá el dato será obteniendo solo la respuesta que expresa la mujer.

La distribución de frecuencias en las variables simples se realizará un gráfico circular o de torta.

Cronograma de trabajo

Fecha	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto	Septiembre	Octubre
Recolección de datos. Apli. Instrum									
Procesamiento y análisis de los datos									
Conclusión y redacción informe final									
Difusión final de los resultados									

Plan de trabajo

Actividades	Recursos	Tiempo
Conseguir un director de tesis. Permiso escrito	1 recurso humano, contacto telefónico, permiso escrito	1 semana
Permiso presentado en la institución	1 recurso humano, permiso vía gmail	1 semana
Guía de convalidación (anexo I) preparación y aplicación	1 recurso humano, llamada telefonica, papel, birome	1 semana
Prueba piloto (anexo II) preparación y aplicación	1 recurso humano, papel, biromes.	1 semana
Recolección de datos con instrumento	1 recurso humano, computadora, papel, birome.	3 meses
Análisis de datos	1 recurso humano, computadora.	1 semana
Realización del proyecto	1 recurso humano, una computadora.	2 meses
Presentación final del proyecto	1 recurso humano, una computadora	1 mes

Anexo I. Guía para el estudio de convalidación de sitio.

1. ¿La institución autoriza la recolección de datos para la investigación?
2. ¿Cuál es el horario de atención?
3. ¿Cuenta con un nivel de referencia contra referencia activó?
4. ¿Se trabaja de forma interdisciplinaria?
5. ¿Tiene destacamento policial?
6. ¿Cuenta con asesoramiento o asistente social disponible?
7. ¿Existe acompañamiento luego de la denuncia?
8. ¿Hay casos de violencia domestica?
9. ¿Hay normativas para los casos de violencia domestica?
10. ¿Cuál es el promedio casos de violencia intrafamiliar en un mes?
11. ¿Se atienden mujeres del rango mayores de 18 años de edad?
12. ¿La institución dispone de espacio para realizar la entrevista de forma privada?
13. ¿Cuenta con un registro de historia clínica?
14. ¿El servicio cuenta con asistencia psicológica en caso que se requiera?
15. ¿En qué horarios y días se encuentra disponible la psicóloga?
16. ¿La institución cuenta con protocolo para mujeres en situación de violencia?
17. ¿Cuenta con una ginecóloga? ¿En qué día y horarios atiende?
18. ¿Cuenta con un servicio de estadística para aportar datos?

Anexo II. Instrumento de recolección de datos

Consentimiento Informado

Título del informe: Violencia Domestica en las Mujeres

Información de la investigación: Se pretende determinar qué relación existe entre el grado de violencia domestica según edad, nivel, situación laboral, estado civil y número de hijos, que poseen las mujeres que asisten a un servicio de primer nivel de atención.

Ante todo, agradecer su participación en esta investigación. El participante (usted) no recibe ninguna compensación económica por participar, ni beneficios además de que no conlleva ningún riesgo. El proceso será estrictamente confidencial. Su nombre no aparecerá publicado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados.

La participación es esencialmente voluntaria, tendrá derecho de retirarse de la investigación en cualquier momento, descartando los datos provenientes de él, sin que haya ningún tipo de sanción o represalia.

YO: _____ DNI: _____

Declaró que:

- He recibido información sobre el estudio y he podido hacer preguntas.
- He hablado con _____ quién me ha aclarado las dudas.
- Comprendo que la participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

Fecha: _____ Firma: _____

Instrumento para medir el grado de Violencia Domestica:

“Woman Abuse Screening Tool” (Wast): Versión original

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

- Mucha tensión
- Alguna tensión
- Sin tensión

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones (argumentos) con:

- Mucha dificultad
- Alguna dificultad
- Sin dificultad

3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída o mal con usted misma?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patacas, o empujones?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

5. ¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

6. Su pareja ¿ha abusado de usted físicamente?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

7. Su pareja ¿ha abusado de usted emocionalmente?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

8. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

Los datos requeridos para este instrumento requerirán de la participación libre de las mujeres, sin obligación de participar, respetando su decisión. Preservando el anonimato y privacidad de los datos que se recolecten, ya que son con fines investigativos para la realización de la actividad académica Tesina de la carrera de grado Licenciatura en enfermería de la Escuela de enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario. Los instrumentos serán llevados a cabo mediante una encuesta por parte de la investigadora. En ambas encuestas serán de manera auto administrada y las mujeres tendrán un momento para responderlas.

Instrumento para grado de violencia domestica:

En la siguiente encuesta deberá leer las preguntas detenidamente y marque con una cruz según corresponda. Puede tomarse el tiempo necesario para su comprensión.

“Woman Abuse Screening Tool” (Wast): Versión adaptada
1. En general, la relación con su pareja le genera tensión
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
2. Las discusiones del día a día las resuelven con dificultad
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
3. Al terminar las discusiones usted ¿se siente decaída, con culpa o mal con usted misma?
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
5. ¿Hay situaciones que te hacen tener miedo de las reacciones de tu pareja?
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
6. Tu pareja ¿controla el dinero que gastas, o la obliga a realizar trabajo en exceso?
<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Si
7. Tu pareja te menosprecia; ¿le insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?
<input type="radio"/> No

“Woman Abuse Screening Tool” (Wast): Versión adaptada

- Si

8. ¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?

- No

- Si

Encuesta para medir las variables simples

Para la siguiente encuesta deberá leer las opciones de respuestas y marcar con una cruz según corresponda.

- Situación laboral:

	SI	NO
¿TRABAJAS?		

- Vínculo con el agresor

1. Divorciada	
2. Concubinato	
3. Soltera	
4. Ex pareja	
5. Casada	

- Nivel de formación

1. S/estudios	
2. 1	
3. 2	
4. Más de 3 hijos	

- Edad

1	Adulto joven (20-40 años)	
2	Adultez media (41-65 años)	

- Número de hijos

1. S/hijos	
2. Primario completo	
3. Primario incompleto	
4. Secundario completo	
5. Secundario incompleto	

Anexo III. Resultados del estudio exploratorio



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----*Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Judith Aldana García es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.*

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

*P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 20 de Octubre **2020***

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Dra. MARÍA CORPATTO
CLÍNICA MÉDICA
MAT. 11:520
R. ESP. N° 131

Antes de comenzar con la aplicación de la guía de convalidación de sitio, se realizó la presentación formal mediante un Gmail a la institución mostrando el permiso emitido por la actividad académica tesina de la licenciatura en enfermería de la escuela de enfermería de la universidad nacional de Rosario. Se pudo pactar un encuentro vía telefónica con la jefa del Centro de Salud. Al comenzar con la guía la pregunta inicial fue si la institución seleccionada permitirá la recolección de los datos pertinentes al igual que su publicación, y se aceptaron.

Sé realizaron las preguntas pertinentes y los datos obtenidos fueron los siguientes:

La institución elegida ofrece un horario de atención al público de lunes a viernes de 07 a 19 horas. Esta cuenta con un sistema activo de referencia y contrareferencia con hospitales de segundo y tercer nivel de atención. Cuentan con los siguientes servicios: administración, farmacia, enfermería, consultorios de varias disciplinas como odontología, ginecología, psicología, clínica, pediatría, nutricionista, etc. Todas estas ante la problemática de violencia domestica actúan con transdisciplinariedad, según refiere la jefa del servicio todas las problemáticas barriales se plantean en equipo y todas actúan con precaución ante estas, desde el médico que atiende, hasta la administración que toma los datos al ingreso. Si bien la institución tiene protocolos estandarizados y normativas para dichos casos, se toma en cuenta un registro de las sospechas ante esta problemática, entendiendo que no siempre se puede seguir con el protocolo, sino que lleva distintas etapas en la cual la mujer debe sentirse acompañada.

La institución cuenta con asesoramiento de la psicóloga de lunes a viernes, como también un asistente social que realiza acompañamiento si llega a haber una denuncia. No cuenta con destacamento policial, por lo general acuden al centro de denuncia territorial más cercano para la víctima, aunque existe destacamento en servicios de segundo nivel de atención.

La pandemia ha causado un aumento de los casos de violencia doméstica, principalmente por el hecho que la institución debe atender aquellos casos que se consideren urgentes y cuidar a la población para no exponerse al virus. Por otro lado, el decrecimiento de los puestos de trabajo lleva a pasar más tiempo en casa y por lo tanto tener probabilidad de encontrarse con distintos tipos de violencia en la cotidianeidad.

La institución afirma contar con un espacio disponible para realizar la entrevista de forma privada pese a las modificaciones estructurales por la pandemia. Pero la jefa a su vez refiere que no existe el lugar específico ya que muchas veces puede darse en

cualquier momento y el profesional tiene que ser capaz de proporcionar una escucha activa, detectar el lenguaje postural y no verbal para poder ser de contención en ese momento.

Anexo IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Judith Aldana García
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 20 de Octubre **2020**

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Se realizó la prueba piloto en una población con similares características a la

unidad de análisis, esta fue de 20 mujeres dentro del ámbito sanitario, las participantes no refirieron problemas para comprender el lenguaje de las preguntas, aun así, realizaron 3 sugerencias reiteradas que no alteran el significado global de las preguntas, por el contrario, facilitan la comprensión. Esta actividad se llevó a cabo durante 2 días (no consecutivos), tomando mujeres tanto de turno de mañana como de tarde. Con una duración variable de 10 minutos aproximadamente.

Factores intrínsecos: Inestabilidad del ambiente de estudio

Amenazas: Que las condiciones ambientales no sean iguales para todas.

Control: Se trató de buscar que las mujeres, compartan un mismo sector y buscar el mismo ambiente para la entrega del cuestionario.

Bibliografía

- Alemán, L. M. (2010). *DETECCION VIOLENCIA DOMESTICA CONTRA LA MUJER*. Obtenido de https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_docman&view=download&alias=358-beca-2009-aleman-mazur&category_slug=becas&Itemid=624
- Argentina.gob.ar. (2020). *Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/generos/linea-144/informacion-estadistica>
- Binfa, L. (2018). *Adaptación del instrumento WAST*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0331.pdf>
- Castaño, J. P. (2008). *Validación de la versión corta WAST*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500005
- Censos, I. P. (2018). *Registro Único Provincial de Situaciones*. Obtenido de <https://twww.santafe.gob.ar/ms/ipec/wp-content/uploads/sites/24/2018/12/RuvimSF-1218-1.pdf>
- Ferreto, E. O. (2011). *Modelo Ecologico*. Obtenido de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/MoDecoFinalPDF.pdf>
- Ferreya, G. (1992). *Hombres violentos, mujeres maltratadas*.
- Galan, D. (04 de Febrero de 2016). *Ciclo de Violencia*. Obtenido de <https://redesvinculares.wixsite.com/redes-vinculares/single-post/2016/02/04/CICLO-DE-LA-VIOLENCIA>
- González, L. F. (Abril de 2017). *Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055916300400>
- Guillén, L. E. (12 de Octubre de 2012). *DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (Archivo de Video)*. Obtenido de <https://youtu.be/wvclG428D20>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). *Delegacion de Santa Fe*. Obtenido de <https://twww.santafe.gob.ar/ms/ipec/se-presentaron-los-datos-del-ruvim-pertenecientes-al-primer-cuatrimestre-de-2018/>
- Lorena, B. (28 de Marzo de 2018). *Adaptación del instrumento WAST*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0331.pdf>
- Loría, K. R. (Octubre de 2015). *Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003953>
- Luna, F. (Junio de 2011). *Revista Redbioética UNESCO*. Obtenido de <https://redbioetica.com.ar/wp-content/uploads/2018/11/Luna-RBioetica4-p85.pdf>
- Martin, E. (Marzo de 2017). *Síndrome de indefensión aprendida*. Obtenido de <http://blog.es.idealist.org/sindrome-de-indefension-aprendida-se-aprende-a-ser-pasivo-o-nos-enseñan-a-serlo/>
- Massé, D. G. (Marzo de 2019). *Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres*. Obtenido de https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/rucvm_03_19.pdf

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. (1 de Abril de 2009). *InfoLEG*. Obtenido de LEY DE PROTECCION INTEGRAL A LAS MUJERES:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

Montero, D. C. (30 de Junio de 2020). *Violencia intrafamiliar en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19*. Obtenido de <http://201.159.222.118/openjournal/index.php/uti/article/view/316>

Morales, M. E. (Junio de 2011). *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252011000200014&script=sci_arttext&tlng=pt

Municipalidad de Rosario. (2020). *Municipalidad de Rosario*. Obtenido de <https://www.rosario.gob.ar/web/gobierno/desarrollo-social/mujer/normativa-contrala-violencia-hacia-la-mujer>

Nacion, D. P. (2018). *Observatorio de Femicidios*. Obtenido de http://www.dpn.gob.ar/documentos/20180814_31445_557403.pdf

Nación, M. d. (2018). *Violencia contra las mujeres*. Obtenido de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000943cnt-Violencia_Sobre_Mujeres_17.pdf

Noriega, R. B. (Julio de 2018). *Enfermería Global*. Obtenido de Violencia de Género: Papel de Enfermería en la Prevención: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-484.pdf>

Núñez, B. I. (18 de abril de 2017). Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133957572009.pdf>

Observatorio de Femicidios. (31 de Julio de 2020). *Defensor del pueblo de la nación*. Obtenido de http://www.dpn.gob.ar/documentos/Observatorio_Femicidios_-_Informe_Parcial_-_Julio_2020.pdf

Oficina Violencia Domestica. (03 de 06 de 2020). *Oficina de Violencia Domestica*. Obtenido de ESTADÍSTICAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE 2020 DE LA OFICINA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA:
<http://www.ovd.gov.ar/ovd/verNoticia.do?idNoticia=4218>

OMS. (20 de junio de 2013). Obtenido de https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/

OMS. (2013). Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf;jsessionid=319D109DBC078C44B77CFA75E305FFA8?sequence=1

OMS. (29 de Noviembre de 2017). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OMS. (29 de Noviembre de 2017). *Violencia contra la mujer*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OPS. (2019). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Obtenido de https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

OPS. (2019). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Obtenido de https://www.who.int/topics/gender_based_violence/es/

Organizacion de los Estados Americanos. (2020). *OEA*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/nosotros.asp>

- Organizacion mundial de la Salud. (2020). *OMS*. Obtenido de https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter2/es/index3.html
- Organizacion Panamericana de la Salud. (2002). *OPS*. Obtenido de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Violencia infligida por la pareja*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98816/WHO_RHR_12.36_spa.pdf;jsessionid=14D025F83C73965466D659030CD38EFA?sequence=1
- Osorio, C. (2018). *“Factores asociados a la violencia doméstica, en mujeres que acuden al C.S. Buenos Aires de Cayma*. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/8194/MDMcaosae.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pineda, E. B. (1994). *Metodología de la investigación*. Washintong DC: Organizacion Panamericana de la Salud.
- Puhl, S. M. (2019). *PSICOLOGÍA JURÍDICA Y DISFUNCIONES FAMILIARES*. Obtenido de <http://www.psicologiajuridica.com.ar/gallery/psicolog%C3%ADa%20jur%C3%ADica%20y%20disfunciones%20familiares.pdf>
- Rico, J. E. (13 de Abril de 2015). *Víctimas de maltrato en la pareja*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v14n3/v14n3a17.pdf>
- Saavedra, E. F. (2017). *Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2018000200008&script=sci_arttext&tlng=en
- Silva-Fhon, J. R. (2015). *Revista de la Facultad de Medicina*. Obtenido de Violencia intrafamiliar en el adulto mayor : <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/44743/52358>
- Villanueva, S. D. (Mayo de 2012). *¿POR QUÉ LAS MUJERES PERMANECEN EN RELACIONES DE VIOLENCIA?* Obtenido de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/avancesenpsicologia/article/view/1942/1976>
- Walton, S. M. (2019). *La violencia intrafamiliar*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n1/1608-8921-gme-21-01-96.pdf>
- Walton, S. M. (2019). *La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2019/gme191j.pdf>
- Zhicay, M. M. (30 de Junio de 2018). *Factores socioculturales que influyen en mujeres* . Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6584526>