PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA QUE PADECEN LAS MUJERES QUE SE ATIENDEN EN EL CONSULTORIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL HOSPITAL SECCIONAL LOS ALTOS

MAESTRANDO: LIC. ANA VERONICA REINOSO

DIRECTOR DE TESIS:

PROF. DR. RICARDO GLAUCO RIZZI

CÓRDOBA, 2014

TRIBUNAL DE TESIS:

PROF.DR. RICARDO GLAUCO RIZZI.UNC

MGTER.LIC.RUBEN CASTRO TOSCHI.UNC

DRA. MARIA JULIETA FIGUEROA.UCC

DEDICATORIA

A mi Papa por su ejemplo de trabajo, voluntad, perseverancia, por siempre alentarme a estudiar y a nunca bajar los brazos.

A mi Mama, y hermanos por su apoyo.

A Maxi, mi compañero de vida, mi amor, por enseñarme que la única discapacidad que puede tener un ser humano es no Amar.

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS

Índice

Resumen 1
Summary 3
I. Introducción: 5
I. 1 PRESENTACIÓN 5
I.2 ANTECEDENTES.....12
I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....19
I.4 RELEVANCIA:.....23
I. 5 MARCO TEÓRICO 26
II. Objetivos 36
II.1 OBJETIVO GENERAL:.....36
II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 36
III. Diseño Metodológico 37
III.1 TIPO DE ESTUDIO 37
III.2 UNIVERSO 37
III.3 MUESTRA 37
III.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN: 37
III.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:.....38
II.6 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS 39
III.7 IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:.....40
III.8 CONSIDERACIONES:.....46
III.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:.....46
.....47
IV. Resultados.....47
IV.1 DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS.....47
IV.2. VIOLENCIA TOTAL.....55
IV.3 CONSECUENCIAS POR LAS LESIONES.....81

IV.4 CARACTERIZACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA.....85
V. Discusión- Conclusión.....89
Bibliografía.....98
Anexos.....106

Resumen

Introducción: La violencia ejercida contra la mujer, ha existido a lo largo de toda la humanidad. Muchas veces es tan habitual que es aceptada como normal, y hasta justificada por el credo, la cultura o la sociedad de un país. Adopta muchas formas: maltrato físico, psicológico, sexual, y emocional. Esta investigación mide la ocurrencia de violencia contra la mujer, caracterizando qué tipo de violencia sufre, en qué etapa de su vida se presenta, con qué frecuencia y en qué medida la padece; cuál es la ruta crítica que intentan las mujeres, y si reciben ayuda.

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se aplicó un cuestionario a las mujeres a partir de los 14 años que demandaron atención en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Seccional Los Altos en el período 1° de Octubre de 2009 al 23 de Diciembre de 2009. n: 172.

Resultados: El 88,4% refirió padecer o haber padecido algún tipo de violencia: 86% sufre violencia psicológica, 64,5% violencia física y el 50% violencia sexual. 75% recibió golpes de puño. El maltrato psíquico y el comportamiento dominante suceden en el 64% de los casos, mayormente durante la adultez. 28% fue violada sexualmente por su pareja actual o ex pareja, padre u otro familiar. En consecuencia, el 69% intentó suicidarse; 38% tuvieron partos prematuros, y el 30% sufrieron un aborto a causa de los golpes. No comentan mayormente su experiencia con nadie, no reciben ayuda, y no saben a dónde acudir.

Conclusiones: Son resultados alarmantes que obligan a continuar trabajando sobre esta realidad que debe ser de interés público y abarcado de lleno como ningún otro problema de salud. El sistema de salud debe incluir capacitación al personal de salud para todos los niveles de atención. Estos programas alcanzarán su máxima

utilidad si incluyen aspectos amplios de interacción y comunicación con las mujeres, con la sociedad y con los organismos gubernamentales y no gubernamentales. **Palabras Clave:** Violencia, Mujer, Ruta Crítica.

Summary

Introduction: Violence against women has existed throughout humanity. Many times it is so common that it is accepted as normal, and even justified by the creed, culture or society of a country. It takes many forms: physical, psychological, sexual, and emotional. This research work measures the occurrence of violence against women by describing the type of violence suffered, the stage of their lives at which it is presented, the frequency and extent it is undergone, the critical path women make an attempt at, and whether they receive help.

Material and Methods: Observational, descriptive, retrospective, cross sectional study. Women aged 14, who required care at the office of Family Planning of Los Altos District Hospital, were given a questionnaire during the period October 1, 2009 to December 23, 2009. N: 172.

Results: 88.4% reported suffering or having suffered some form of violence; 86% suffer psychological violence, 64.5% physical violence, and 50% sexual violence. 75% were punched. Emotional abuse and controlling behavior occur in 64% of cases, mostly during adulthood. 28% were raped by their current or former partner, parent or other relative. Consequently, 69% attempted suicide, 38% had premature births, and 30% suffered a miscarriage because of the blows. They do not share their experience with anyone; they do not receive help, and do not know where to get help from.

Conclusions: These are alarming results that require further work on this reality which must be considered of public interest and fully addressed as any other health issue. The health system should include training health personnel at all levels of healthcare. These programs will be most useful if they include broad aspects of interaction and communication with women, with society and with government agencies and NGOs.

Key Words: Violence, Women, Critical Path.

.

I. Introducción:

I. 1 PRESENTACIÓN

La violencia ejercida contra la mujer no es algo nuevo, según la literatura especializada ha existido a lo largo de toda la humanidad. Es un fenómeno universal, complejo, multifacético y extendido. Violencia conyugal, maltrato infantil, abuso sexual intrafamiliar, maltrato a personas ancianas, son algunos de las situaciones mas frecuentes, que no discrimina países, clases sociales, nivel socioeconómico ni cultural. Muchas veces es tan habitual que es aceptada como normal, y hasta justificada y alentada por el credo, cultura o sociedad de un país (1). Adopta muchas formas: maltrato físico, psicológico, sexual, emocional, abandono y negligencia (2); y aparece en todos los ambientes: en el trabajo, en el hogar, en las escuelas, en la calle y en la comunidad en su conjunto. (3)

Afecta a todas las esferas de sus vidas: su autonomía, su productividad, su capacidad para cuidar de sí mismas y de sus hijos, y su calidad de vida. Gran parte de esta violencia se debe, fundamentalmente, a que son mujeres; hecho que recibe el nombre de violencia basada en género. Tiene un gran costo individual para las personas que la sufren y también para la sociedad y los distintos servicios como el sistema de salud que debe responder ante sus consecuencias. (3)

En la búsqueda de sus causas, se conjetura que se debe a un comportamiento aprendido, que se transmite de generación en generación a través de la familia, el juego, el deporte, las instituciones educativas y a los medios masivos de comunicación (4), y aunque el género tiene una influencia esencial, existen variaciones según la etnia y las regiones (5).

La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas en 1993, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género (VBG) que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o privada.”(6)

Abarca, sin carácter limitativo: “la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer: la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra” (6).

La violencia ejercida contra la mujer tiene unas repercusiones mucho mayores que el daño inmediato causado a la víctima. Tiene consecuencias devastadoras para las mujeres que la experimentan, y un efecto traumático para los que la presencian, en particular los niños. Representa algo vergonzoso para los países que no logran evitarla y las sociedades que la toleran. “La violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos básicos que debe eliminarse mediante la voluntad política y las actuaciones judiciales y civiles en todos los sectores de la sociedad”. (7)

Así también, presenciar la violencia conyugal incrementa en los niños las probabilidades de sufrir depresión, ansiedad, trastornos de la conducta y retrasos en su desarrollo cognoscitivo, a la vez que aumenta el riesgo de convertirse en víctima y victimario de maltrato. (4, 7). Una revisión de las investigaciones de la Academia Nacional de Ciencia de los Estados Unidos afirma que “la tercera parte de los niños que sufrieron abusos o se vieron expuestos a la violencia paterna se convierten en adultos violentos” (5). Esto es especialmente cierto en los varones, mientras que en la niñas que son testigos de la violencia tienen más probabilidades de acabar siendo víctimas de relaciones violentas. Por lo tanto, resulta así, difícil separar las causas de las consecuencias, ya que crecer en una familia donde la madre es objeto de abusos es una vía importante por la que el ciclo de la violencia en la mujer se perpetúe.

La violencia también se produce durante el embarazo, por lo que sus consecuencias afectan no sólo a la mujer, sino también al feto o al recién nacido. Y la ocurrencia de violencia durante el embarazo también es alta (3).

Como problema sanitario mundial de mayor importancia epidemiológica de los últimos tiempos, la violencia contra la mujer presenta muchas variaciones de prevalencia. En los últimos diez años se han hecho grandes progresos en el desarrollo de metodologías y procedimientos para la reunión de datos sobre la violencia contra la mujer y actualmente se cuenta con abundantes de datos sobre la magnitud, naturaleza y consecuencias de la violencia. Sin embargo, es difícil comparar esos datos entre países y regiones. Las numerosas diferencias observadas tanto en los métodos utilizados, como las diferencias conceptuales y operacionales en los distintos estudios para definir y medir la violencia dificultan la

realización de comparaciones significativas entre estudios o de cálculos fiables en los distintos entornos. (7)

I.1.2 Los Altos. Departamento de Santa Rosa.

Los Altos es una localidad del Departamento de Santa Rosa que se ubica en el este de la provincia de Catamarca. Limita al norte con la provincia de Tucumán, al este con la provincia de Santiago del Estero, al oeste con el departamento de Paclín y al sur el departamento de El Alto. Se encuentra distante a 100 km de la ciudad Capital, San Fernando del Valle de Catamarca, teniendo que atravesar un cordón montañoso que se eleva a 1200 msnm, la cuesta del Totoral.

El municipio de Los Altos conforma un subsistema donde sus principales centros son Los Altos y Alijilán, concentrando la mayor cantidad de actividades, y abasteciendo a una amplia zona rural. Es una zona con importante movimiento y flujo de intercambio comercial. La localidad de Los Altos es la cabecera Municipal y cumple el rol de articular la zona norte y sur del municipio. Al norte existen asentamientos poblacionales de características rurales como Monte Redondo, Puerta Grande, La Bajada y Los Molles, donde se localizan importantes inversiones productivas de grandes extensiones.

La producción agrícola y ganadera, dentro del sector primario de producción se destaca el cultivo de tabaco, granos, oleaginosas (soja), forrajeras anuales (avena, maíz, sorgo forrajero). Como actividad agrícola secundaria se cultivan hortalizas, legumbres, maní y algodón. Existe una incipiente industria manufacturera, cuya actividad principal está centrada en el acopio de silos, empaque de frutas secas, planta desactivadora de soja y acopio de tabaco.

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2001, en Los Altos habitan 6.421 personas, de las cuales el 53% (3.461) corresponden a hombres y el 47% a mujeres (2.960). El 58.22% no posee obra social o plan de salud privado, sólo el 29% tiene ocupación. En todo el departamento y especialmente la jurisdicción de la Municipalidad de Los Altos, existe un alto porcentaje de NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas): 32.7%.

En cuanto al aspecto habitacional, las viviendas de la comuna en un amplio margen corresponden a viviendas sociales, de características tipo “B” (no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda, no dispone de retrete con carga de agua y el piso es de tierra) y en su mayoría son antiguas de mas de 30 años (8).

La población de Los Altos está compuesta mayoritariamente de trabajadores rurales, que se dedican a la cosecha de tabaco, soja, trigo y hortalizas, entre otros; manteniendo una población golondrina anual de aproximadamente 600 personas entre hombres, mujeres y niños, que rotan sus puestos de trabajo entre las provincias de Santiago del Estero, Tucumán y Catamarca. Residen entre 3 y 6 meses al año en estas provincias, situación que predispone a los obreros a conformar familias en cada una de los poblados donde van residiendo.

Las mujeres también son jornaleras y peonas, que además de estar obligadas a enfrentar condiciones laborales adversas, deben realizar cotidianamente los trabajos domésticos o incluso el trabajo de la parcela familiar.

En este conglomerado golondrina como en la población investigada se entrevé, una sociedad patriarcal de dominación, que permite todo tipo de violencia contra la mujer, donde las mismas mujeres que la

padecen incorporan mecanismos para justificarla, legitimarla y darle consentimiento silencioso. Así, la violencia es perpetuada, vista como un hecho de la vida privada, normal dentro de la dinámica familiar y social, y por lo tanto permitida, legítima.

I.1.3 Hospital Seccional los Altos

El Hospital Seccional Los Altos se ubica en el centro del pueblo, a 7 cuadras de la ruta nacional n° 64.

Como centro de atención sanitario de nivel II, no posee la complejidad necesaria para atender a todas las necesidades de la población. Los casos mas graves son referidos al Hospital Interzonal San Juan Bautista, ubicado en la capital de Catamarca (hospital de referencia provincial).

Posee dos consultorios para la atención médica general, una sala de enfermería que es atendida por enfermeras empíricas, una sala de partos que tiene las condiciones mínimas para la atención de un parto de bajo riesgo y un laboratorio donde se realizan los análisis básicos. Posee también una sala de Rayos X y una sola habitación con tres camas para internación. La sala de partos hace las veces de consultorio para la atención de obstetricia y salud sexual.

Este Hospital Seccional además de atender a la población de Los Altos, cubre también la atención de los pueblos aledaños que también pertenecen al Departamento de Santa Rosa: Monte Redondo distante 20 km del hospital, Puerta Grande 30 km, La Bajada 45 km, Cuchinoque 50 km y Los Molles a 60 km, siendo éste último pueblo limítrofe con Tucumán. Acceder a estos parajes a veces es imposible debido a las barreras geográficas, inclemencias climáticas y a la falta de vehículos apropiados; traduciendo estas vallas en falta de atención médica adecuada para los pobladores.

Estos poblados viven en pobreza extrema: sus viviendas son “taperas” hechas de horcones y bolsas de plástico. No tienen luz, ni agua potable; viven hacinados, y duermen en camas hechas de hojas de tabaco.

I.1.4 Programa Salud Sexual y Procreación Responsable en Los Altos

El programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en Los Altos está manejado por la autora de esta investigación, (licenciada en obstetricia) atendiendo mensualmente a 400 usuarias bajo programa que retiran y reciben consejería sobre métodos anticonceptivos. También se realizan controles prenatales y partos de bajo riesgo.

Valdez Santiago, ha documentado estudios que resaltan la importancia del papel de las parteras/obstétricas como agentes de salud comunitaria; en cuyo campo de acción interviene también la atención de otros aspectos de la salud reproductiva, además de la planificación familiar y los cuidados maternos infantiles (9). En estos estudios se puede apreciar las pocas limitaciones que tienen la mayoría de las mujeres para hablar de la violencia que viven, lo cual evidencia, el nivel de confianza que tienen con la profesional que las atiende.

Este escenario se presenta en la atención del Hospital Seccional de Los Altos, donde no solo se observa ese nivel de confianza necesario para hablar de las violencias padecidas sino que también revela la necesidad de las propias mujeres de ser escuchadas. Sin embargo, la atención diaria y cotidiana de esta población, convierte a la consulta en una moneda de doble cara, donde existe confianza para tratar temas íntimos, pero a la vez existe miedo y temor por las repercusiones que pudieran incurrir en un lugar donde “todos se

conocen”. A su vez, la experiencia diaria permite identificar las señales no físicas de la violencia y el maltrato, como la timidez, ser miedosas, incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud y hasta el descuido visible de su apariencia.

I.2 ANTECEDENTES

Se estima que una a tres de cada diez mujeres a nivel mundial, han sufrido o sufren algún tipo de maltrato en el hogar (10). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que 20% a 60% de las mujeres que viven en las Américas sufren de situaciones de violencia (11).

Países como México, llevaron a cabo numerosos estudios de violencia contra la mujer desde distintas perspectivas y para todas las formas en que se presenta la violencia. Así, la encuesta que realizó la Asociación Contra la Violencia hacia la Mujer A.C. (COVAC) en el año 1995, que incluyó nueve ciudades mexicanas, encontró resultados alarmantes: violencia física, 81%; violencia emocional o psicológica, 76% y violencia sexual, 32% (12).

Sin embargo, la magnitud de la violencia de dentro del mismo país presenta diferentes matices. Según el estudio que se realizó sobre la violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el Instituto Mexicano de Seguridad Social, la violencia psicológica se presentó en un 18% siendo la más frecuente, contra la física en un 9.1% y la sexual en un 6,7%. Estos porcentuales variaban discretamente mayor en las mujeres que no poseían seguro social (13).

Ramírez Rodríguez, informa en un estudio piloto sobre las mujeres de Guadalajara y violencia doméstica, que el 46% de las mujeres

habían sufrido de violencia. El perpetrador más frecuente fue el compañero/esposo en un 73%. De las mujeres que han sufrido de violencia por parte del esposo, la violencia emocional se identificó en el 33%, la violencia física con 19% y la sexual con 12% (14).

España, por otro lado reporta que una de cada mil mujeres denuncia malos tratos por parte de su pareja. Siendo que la mayor parte de los agresores no son enfermos mentales ni padecen trastornos o alteraciones de la personalidad que justifique el uso de la violencia para resolver problemas. El estudio afirma que la mayoría no son agresivos de forma habitual, y la mayoría de los agresores sufrieron maltratos en su infancia y han interiorizado la violencia como un comportamiento habitual normal. Concretamente, uno de cada tres repite el rol aprendido y una de cada seis mujeres sufrió o presenció situaciones de violencia doméstica en su niñez (15).

La Organización Mundial de la Salud, realizó en el año 2005 un estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica, en el cual a través de una metodología muy bien diseñada, se recabó información de más de 24 mil mujeres procedentes de 15 entornos ubicados en 10 países con diferentes entornos culturales (7). Más allá de las cifras expuestas de los resultados obtenidos, la principal percepción que resalta del análisis de este estudio es que rompen la percepción de que el hogar es un lugar seguro para la mujer, demostrando por el contrario, que la violencia en el hogar es donde se corren los mayores riesgos para sus vidas.

En este estudio, queda expuesto la gran diversidad en los datos sobre la prevalencia de la violencia: la violencia física a manos de sus parejas oscilaba entre el 13% en Japón y el 61% en Perú; Japón también presentaba el nivel más bajo de violencia sexual (6%), mientras que el más alto lo presentaba Etiopía (59%).

La prevalencia de violencia física en Brasil estuvo entre el 27% y el 34%, y la violencia sexual entre el 10% y 14%. La violencia durante el embarazo se presentó entre el 8% y el 11%. El 22% de las usuarias encuestadas nunca habían contado a nadie su experiencia de violencia, ya sea física, psíquica o sexual. Y el 55% al 78% nunca había buscado ayuda. De las personas que sí buscaron ayuda, los servicios más utilizados o las personas a las que más

Si bien Argentina tiene compromisos y obligaciones internacionales, nacionales y regionales para erradicar la violencia contra la mujer, no se observan acciones ni estrategias integradas contra la violencia de género. No se observan acciones o campañas eficaces para combatirla. Como Mabel Bianco afirma, “en Argentina no hay un registro nacional de casos de violencia contra la mujer. Tampoco hay estadísticas oficiales que den cuenta de la magnitud de esta problemática; este flagelo se aborda de manera desarticulada y fragmentada en diferentes organismos nacionales, provinciales y municipales” (16).

No hay encuestas de alcance nacional como sí los tienen países como Chile, México y Perú. Tanto así, que las estadísticas de Argentina surgen de las ONG o recopilaciones de la prensa.

Según la Asociación Civil La Casa del Encuentro, durante el año 2010, en Argentina, 260 mujeres murieron a causa de la violencia de género, es decir, 19 mujeres por mes. Esto demuestra que hubo 11% más de muertes que en el año 2008. Las ONG y dependencias oficiales que trabajan en el tema denuncian el maltrato hacia las mujeres se está convirtiendo en un “flagelo invisible”, donde las denuncias aumentan cada vez más por la insuficiencia de políticas públicas que prevengan la violencia sexista (17).

Y a pesar de los pocos estudios elaborados en el país por profesionales de la salud, se sabe que no se tiene un conocimiento real de sus dimensiones e impacto, debido a la falta de identificación o reporte por el personal de salud, así como por la falta de denuncias por parte de las víctimas. De Brum (18) afirma que esto se debe al proceso de naturalización que se hace de la violencia de género y a la falta de sensibilización, difusión y capacitación en el personal de salud. Y destaca que pueden ser varias las barreras por la cual los profesionales de la salud eviten tratar el tema de la violencia: incomodidad al identificarse con el problema o con la paciente, incredulidad de que la violencia realmente está ocurriendo, sospecha de que la víctima está mintiendo, prejuicios y creencias que culpan a las víctimas por su situación, temor a las implicaciones legales, sobrecarga de trabajo, falta de conocimiento, minimización de la magnitud del problema o carencia de elementos para ayudar adecuadamente.

Según la OPS, en la Argentina, el 25% de las mujeres sufren regularmente violencia intrafamiliar, siendo que 50% pasará por alguna situación de violencia a lo largo de su vida (11). Según un artículo de revisión, el 42% de los casos de mujeres argentinas asesinadas, el crimen lo perpetró su pareja y 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando abusos de ese tipo (19).

Pontecorvo (20), evaluó la prevalencia de violencia basada en género mujeres atendidas en un centro ambulatorio de la Universidad de Buenos Aires. El 45% de los 270 encuestados reportaron maltrato al menos una vez en su vida. El 40% informó violencia psicológica y el 17,5% violencia sexual.

I.2.1 La violencia en la mujer embarazada:

Al igual que la violencia fuera del embarazo, la ocurrencia de este fenómeno en la embarazada tendrá diferentes valores, dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación.

Valdez Santiago y Sanín Aguirre, concluyen en su investigación sobre la violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer, los efectos son de naturaleza física y emocional; la mujer embarazada maltratada desarrolla un cuadro de estrés permanente que se asocia con depresión, angustia, baja autoestima, aislamiento, suicidio y homicidio (21). Investigaciones comparadas de embarazadas golpeadas y no golpeadas indicaron que las primeras tienen el doble riesgo de interrupción del embarazo y cuatro veces más riesgo de tener hijos con bajo peso al nacer. (10)

El estudio de Alvarado-Zaldívar y cols, cuenta de la prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango, México, y reporta que el 13% de la población estudiada recibieron golpes durante el embarazo; y de ellas el 44% presentó amenaza de aborto; 12% aborto y 2% muerte fetal (22).

Berenson reportó una ocurrencia de 7,2% en una cohorte de 512 mujeres usuarias de servicios prenatales, concluyendo que la violencia física durante el embarazo se asocia con el parto prematuro y la corioamnionitis (23).

Stewart encontró que 6,6% de 548 pacientes de diversas clínicas prenatales de Toronto, Canadá, tuvieron historia de agresión física durante el embarazo (24).

En saskatoon, Canadá, Muhajarine reportó este tipo de violencia en 8.5% de las mujeres usuarias del servicio de atención prenatal. El 63,3% de esas embarazadas informaron que el agresor era su marido, novio o ex esposo (25).

Martín, determinó por medio de una encuesta telefónica dirigida a mujeres con parto reciente (n: 2648) con residencia en Carolina del Norte, Estados Unidos de América, que la prevalencia de violencia física durante el embarazo fue 6,1% y 3,2% durante el puerperio mediato; y descubrió que el abuso físico antes del embarazo es un fuerte predictor para la violencia durante el embarazo (26). Estos datos concuerdan con la investigación de Sofía Cuevas y Cols. (27), sobre violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación de México, donde revela que la violencia durante el embarazo es parte de un “continuum de violencia”, es decir, que la violencia que sufre la mujer durante el embarazo por lo general no empieza en el estado de gravidez. Para la mayoría de estas mujeres, la violencia empieza desde la infancia y a lo largo de ciclo de vida experimentan diferentes relaciones violentas.

El estudio multipaís de la OMS, reporta que en Servia y Montenegro, el 48% de las mujeres encuestadas también habían sido golpeadas antes de quedar embarazadas (7).

En México, en el estado de Morelos, se notificó una prevalencia de violencia durante el embarazo de 33,5% en mujeres usuarias de un hospital público, y que tuvieron cuatro veces más riesgo de dar a luz a productos de bajo peso al nacer, que las que no sufrían de violencia (21).

Hasta la fecha, en la revisión bibliográfica, no se halló ninguna investigación argentina que determine o evalúe específicamente la

prevalencia de violencia contra la mujer embarazada y sus consecuencias.

I.2.3 Defensa contra la violencia infligida por la pareja:

La OPS, denomina “ruta crítica” (7) al recorrido que realizan las mujeres víctimas de violencia, por los distintos organismos y entidades al momento de iniciar la búsqueda de ayuda. Los estudios mas recientes que se llevaron a cabo sobre las respuestas de las mujeres a la violencia infligida por su pareja se han centrado en las mujeres que utilizan los servicios de apoyo como refugios o servicios de asesoramiento. Sin embargo, se sabe muy poco sobre la respuesta de la mujer a la violencia o sobre la ayuda que recibe de las redes informales (familia, amigos, etc.).

Según el estudio multipaís de la OMS, en su análisis preliminar, pocas mujeres que habían sido víctimas de violencia física había acudido al personal de servicios formales o a las autoridades. Entre el 55% y el 95% de las víctimas de violencia reconocieron que no contaron su experiencia violenta a líderes religiosos o tradicionales, ni acudieron al personal de salud, a la policía, a asesores o a personas de organizaciones no gubernamentales de mujeres para contar sus experiencias violentas. (7)

Sin embargo, muchas de las mujeres entrevistadas declararon haber hablado con familiares o amigos sobre la violencia infligida por la pareja. Pero no informaron si efectivamente alguno de ellos había intentado ayudarlas. El resultado fue que entre el 34% y el 59% de las mujeres no habían recibido ayuda de ninguna persona. (7)

I.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La violencia infligida a la mujer si bien es señalada como un problema prioritario de salud pública por su magnitud y gravedad (y de la carga que representa para los servicios de salud en función de los costos de atención que generan), no hay grandes estudios sobre la incidencia y prevalencia en la Argentina, y las acciones para su prevención y control son todavía muy limitadas. No obstante, los investigadores refieren que cada vez hay mayor conciencia del problema y que se han hecho esfuerzos loables para ofrecer servicios a las víctimas e introducir sanciones judiciales contra sus agresores.

Sin embargo, el sub registro de casos de violencia contra la mujer es grande. La invisibilidad de muchos tipos de violencia, hace que no siempre se puedan identificar las circunstancias que llevaron al acto violento. Es considerado estrictamente privado y ello exacerba los sufrimientos de las víctimas que deben padecer en silencio. Muchas veces las mujeres no reconocen la violencia que han experimentado como un abuso a su persona, debido a que el contexto sociocultural normaliza y minimiza estos actos. Con frecuencia no se reportan estos casos por vergüenza, por miedo de la reacción de sus parejas, o sus propios familiares, miedo a los funcionarios o los profesionales en los servicios de salud, y también por temor a las consecuencias que pueda tener su denuncia con el consecuente impacto en la desintegración familiar (28). Guardan silencio si se les pregunta sobre sus experiencias de violencia sexual, y más aún si han sido llevadas a cabo por familiares. La mayoría de ellas, en realidad, no sabe a dónde acudir (29).

A esto se agrega la ignorancia del personal de salud con respecto a las manifestaciones psicosomáticas y físicas que produce la violencia y hace que no siempre se puedan identificar las

circunstancias que llevaron al acto violento y pase inadvertido, sentando las bases así para lo que se denomina segunda victimización[1].

Está ampliamente documentado que uno de los aspectos centrales de la violencia durante el embarazo, se relaciona directamente con la respuesta de los servicios de salud ante el problema; así, Valdez-Santiago enfatiza que las mujeres embarazadas que sufren violencia, demoran o no asisten a la consulta prenatal por la dinámica que existe entre la pareja, lo cual obstaculiza la vigilancia adecuada de los embarazos y dificulta la detección y el tratamiento oportuno de posibles complicaciones (30).

La escasez de datos uniformes y fiables sobre la magnitud de la violencia contra la mujer, la ausencia de investigaciones género-sensitiva en salud y la falta de comprensión acerca de las causas de la violencia contra la mujer, son obstáculos para la prevención, monitoreo y desarrollo de acciones y esfuerzos para abordarla.

En Catamarca, no se cuenta con un registro unificado de denuncias, sólo con sub-registros en instancias como: comisarías, fiscalías, centros de emergencias, organismos no gubernamentales de asistencia para la mujer. De esta forma la información está dispersa y no contempla procedimientos homogéneos de recolección ni de validación entre las instituciones. Más aún, no se cuenta con una instancia adecuada que integre la información.

El Ministerio de Salud provincial, recientemente ha modificado su estructura orgánica/jerárquica con el fin de organizar, ejecutar y articular nuevos programas sanitarios emergentes que se ocupen

[1] Se denomina así a las distintas formas mediante las cuales una persona que es victimizada en el contexto familiar, vuelve a ser victimizada cuando recurre a instituciones o profesionales en busca de ayuda.

prioritariamente de la atención integral de mujer, como así también del niño y el adolescente. Sin embargo temas como la violencia en general y la violencia de género no son aún abordados aún. Se proyecta a futuro un programa de atención contra la violencia dentro del marco del Departamento de Salud Sexual y Procreación Responsable, entendiéndose así que no se considerarán los otros tipos de violencia que afectan a la mujer, al adolescente y a los niños, observando y limitándose sólo a la de carácter sexual.

El Ministerio de Desarrollo Social de la provincia cuenta con una Dirección de la Mujer, Infancia y Familia donde se mencionan actividades de promoción, prevención y asistencia para las víctimas de violencia contra la mujer, pero carece de programas específicos, de registros estadísticos propios, ni procuran un trabajo en red con otros organismos, gubernamentales o no, que permitan abordar la problemática con competencia, analizando las diferentes situaciones diagnósticas de las diversas regiones de la provincia.

Tampoco se observan actividades de capacitación y/o actualización para profesionales de la salud, para la detección, atención y orientación en la comunidad.

Según el Ministerio de Justicia de la provincia, en Catamarca se mantiene un promedio de 6 denuncias diarias por actos de violencia contra las mujeres, más de 2 mil al año. Los especialistas estiman que por cada hecho denunciado ocurren, como mínimo, otros tres que no se revelan, situación que confirma la magnitud de este problema. En el 90% de los hechos denunciados, el agresor es la propia pareja de la víctima.

Informes del Departamento de Investigaciones Judiciales de la Policía de la Provincia señalan que en 2005 se registraron 1251

casos, de los cuales el maltrato físico supera el 65,5% contra el maltrato psicológico, que abarcó un 32%. En 2006 hubo 858 casos de violencia, de los cuales el 50% fue por maltrato físico. Sin embargo, en los últimos tres años los casos de violencia doméstica aumentaron considerablemente. Sólo entre enero y septiembre del año 2008, se registraron 783 casos, de los cuales el 58% corresponde al maltrato físico.

Cifras igualmente preocupantes ofrece la Dirección de Derechos Humanos, que en 2007 atendió unos 557 casos y cerca de 590 consultas por violencia doméstica (los números corresponden a 2007 pero son parciales), mientras que en 2006 se registraron 700 casos y hubo más de 300 consultas, lo cual indica que esta problemática va en aumento a pesar de la disminución de las consultas en el organismo.

El Departamento de Asistencia a la Víctima informó que en el 90% de los casos de violencia, la víctima es la mujer, y entre el 80 y el 90% de los casos, es su esposo o pareja el autor de la agresión. Mientras que en los casos de abuso sexual, el 80% de los agresores son personas muy próximas a la víctima.

En todo el ámbito provincial, los hechos de violencia doméstica representan un 72% de los delitos contra las personas, pero cuando avanzan las causas judiciales las mujeres se retractan de lo que dijeron en las denuncia para no perjudicar a sus parejas.

En 1998 la Legislatura catamarqueña sancionó la Ley 4943, que aborda la problemática de la violencia familiar, pero lamentablemente nunca fue reglamentada.

Por lo expuesto, para esta investigación se plantearon los siguientes interrogantes: ¿Cuántas mujeres que asisten al consultorio de planificación familiar del Hospital Seccional Los Altos sufren por violencia?, ¿qué tipo de violencia sufren?, ¿en qué etapa de sus vidas se presenta, con qué frecuencia y en qué medida la padecen?, ¿cuál es la ruta crítica que intentan las mujeres que padecen de violencia?, ¿a quiénes acuden cuando sufren por violencia?, ¿reciben ayuda?

I.4 RELEVANCIA:

En la lectura de los distintos estudios que se ocupan de la violencia contra la mujer se desprende que es necesario utilizar múltiples enfoques y medidas para determinar el tipo y la gravedad de la violencia. Cabe mencionar, entre ellos, la magnitud de las lesiones físicas y emocionales, la frecuencia de la violencia (incidentes) y los resultados de la misma, como, por ejemplo, problemas con la salud reproductiva, y consecuencias como el aborto y la mortalidad neonatal e infantil.

Se pueden mencionar, al menos, tres razones por las cuales la violencia hacia la mujer debe ser un tema prioritario de salud pública.

- Porque produce un impacto considerable en la salud y la vida de una proporción significativa de mujeres;
- Porque tiene un impacto negativo sobre varios temas importantes de salud, como la maternidad sin riesgo, la procreación responsable, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la infección por vih/sida, la salud mental y la calidad de vida general;
- Porque, para muchas mujeres que han sido maltratadas física, emocional o sexualmente, las/os profesionales de la

salud son uno de los puntos de contacto que pueden ofrecer información, orientación y atención (30, 31).

Collado Peña y Cols., señalan que la falta de detección y notificación no permite establecer las medidas preventivas necesarias para evitar que por la gravedad de las lesiones o su cronicidad, los daños sean irreversibles. En su investigación sobre violencia familiar demostró que las mujeres maltratadas por sus parejas tienen mayor riesgo de ser agredidas nuevamente dentro de los seis meses siguientes, en comparación con aquéllas que son violentadas por desconocidos, lo cual agrava los riegos a su salud (32).

Concluye además, que la caracterización precisa del problema, la voluntad definida en los tomadores de decisiones y la participación comunitaria, permitirán generar o reforzar políticas públicas dirigidas a la prevención y calidad de la atención integral de las usuarias involucradas, a través de la atención médica, jurídica, psicológica y social, la asesoría sobre sus derechos y alternativas legales, además de proporcionar psicoterapia individual o en grupo a las víctimas y a los agresores (32).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, celebrada en 1995, incluyó la violencia contra la mujer entre los temas preocupantes que requieren atención, y en su Plataforma de Acción (33) señala que: "*La falta de suficientes estadísticas y datos desglosados por sexo sobre el alcance de la violencia dificulta la elaboración de programas y la vigilancia de los cambios"* (apartado 120).

Recomienda además, entre otras cosas, promover la *"investigación, recoger datos y elaborar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la*

frecuencia de distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia…" (33, Apartado 129a).

Los datos obtenidos en este estudio serán de especial interés para diferentes sectores del estado: las estadísticas sobre las lesiones son particularmente importantes para los organismos como la justicia penal, que tienen el deber de prevenir, procesar y castigar la violencia contra la mujer; mientras que el impacto de este flagelo que padecen las mujeres son de interés para el sector salud y otros servicios de prevención y atención que intentan desarrollar programas y políticas en el tema.

Los resultados derivados de esta investigación permitirán tener mayor conocimiento sobre esta problemática tan resistida a ser vista, tanto por la comunidad misma como por las autoridades que tienen la responsabilidad de identificarla, referirla, tratarla y prevenirla.

Conociendo y entendiendo la caracterización de la violencia que sufren las mujeres en la región de los Altos, se podrán contar con mejores criterios para desarrollar acciones en su atención, prevención y promoción con estrategias que favorezcan su oportuna detección y tratamiento. En definitiva, intenta dar un inicio para establecer respuestas multisectoriales, aumentar la sensibilización de los profesionales de la salud acerca de la gravedad del problema y sobre el modo en que afecta la salud de las mujeres.

En un todo de acuerdo con Yakin Erturk, "Lo ideal sería que sus conclusiones permitieran a los gobiernos, incluidos los sectores de la justicia y los servicios sociales, establecer respuestas más eficaces,

como un paso para que los Estados cumplan con su obligación de eliminar la violencia contra la mujer". (7)

I. 5 MARCO TEÓRICO

Según la Organización Mundial de la Salud violencia es: "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 origine o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones" (34)

La violencia es el ejercicio del poder, es un medio para conservarlo, y su fin es desarticular o doblegar la voluntad e integridad física y psicológica de otra persona, grupo o comunidad. En este contexto excluye valores como: la igualdad, la libertad, la tolerancia, el respeto a la dignidad y la autonomía, tanto propias como del otro, del diferente, del distinto, o del extraño.

La primera diferencia humana incontrovertible es el sexo biológico, al que se le asigna una identidad social diferente: el género. En el marco de las distintas culturas patriarcales el género femenino ha representado una condición de inferioridad en relación con el masculino. Una parte importante de la población mundial rutinariamente se encuentra sujeta a tortura, hambre, terrorismo, humillación, mutilación e incluso asesinato, solo por ser mujeres (35).

Los estereotipos de género trasmitidos y perpetuados por la familia, la escuela y los medios de comunicación, sientan las bases para el desequilibrio de poder que se plantea en la constitución de sociedades privadas como el noviazgo, el matrimonio o la

convivencia. Esa socialización asigna a la mujer el espacio de la fragilidad y la sumisión, mientras que al hombre le confiere el de la agresividad y la violencia, legitimando el derecho y la obligación de utilizar la fuerza como método disciplinario para controlar el comportamiento de quieres están a su cargo, y como instrumento de poder al interior de las relaciones privadas, al tratarse de un proceso que se entiende como "normal", los casos denunciados de violencia contra mujeres frecuentemente son minimizados, incluso por los prestadores de servicios de salud o en las instancias de procuración de justicia, aunque sean mujeres quienes atiendan a las víctimas (32).

I.5.1 Magnitud del Problema

Hasta hace poco tiempo, la mayoría de los gobiernos y responsables de la formulación de políticas consideraba la violencia contra la mujer como un problema social de importancia relativamente menos; sobre todo en lo que se refiere a violencia "doméstica" infligida por el marido o la pareja[2]. Sin embargo, desde la década de los noventa, los esfuerzos emprendidos por las organizaciones de mujeres, los y las expertos y algunos gobiernos comprometidos con esta cuestión han supuesto una profunda transformación de la sensibilización pública con respecto a este problema. Es así entonces, que actualmente es una cuestión ampliamente reconocida que dicha violencia constituye un grave problema de derechos humanos y salud pública que afecta a todos los sectores de la sociedad (7).

Es por ello que hoy se sabe, y gracias a las investigaciones internacionales que se han llevado a cabo, que la violencia contra la mujer es un problema mucho más grave y generalizado de lo que se había sospechado hasta el momento.

[2] El término "Violencia doméstica" está siendo sustituido actualmente por "violencia infligida por la pareja"

Pero las numerosas diferencias observadas en los métodos utilizados en los distintos estudios para definir y medir la violencia dificultan la realización de comparaciones significativas entre estudios o de cálculos fiables en los distintos entornos (36). Además de investigar prevalencia de la violencia se presta cada vez más atención a sus consecuencias para la salud (37, 38)

I.5.2 Violencia en la Pareja

La violencia hacia las mujeres tiene muchas veces por escenario la intimidad del hogar; específicamente, en las relaciones de pareja, donde se espera que las personas se vinculen por medio de la confianza, el afecto, el respeto mutuo y la colaboración. Esta imagen social de los vínculos respetuosos y afectivos en la pareja, en muchos casos, es sólo una idealización. Cuando se adhiere fuertemente a ella, sin poder apreciar que las características del vínculo pueden tomarse en un factor de riesgo para actos abusivos, se instala un serio obstáculo para la detección de la violencia, que invisibiliza los graves riesgos que puede tener para la salud.

I.5.3. Modalidades de violencia conyugal

La violencia por parte del compañero íntimo afecta la salud de la mujer de modo integral. Existen formas de expresión predominantes de esta violencia, pero en algunos casos las manifestaciones son múltiples y necesita que el equipo de salud preste atención a cada mujer en particular para identificar y reconocer las formas combinadas del maltrato.

La violencia puede iniciarse en el noviazgo. Es este caso, predomina la invisibilización que la propia víctima hace de las expresiones de violencia. Existe en estas situaciones una mirada idealizada, que disimula las conductas incipientes de control y abuso por parte de la

pareja masculina, sumada a una creencia esperanzada de cambio, en la medida que la relación madure.

Sus formas más típicas de expresión consisten en: aislamiento del grupo de pares, celos enfermizos respecto de personas o actividades que ocupen el tiempo o interesen a la pareja, control de la sexualidad y su práctica (31)

De manera esquemática se puede enunciar la violencia hacia la mujer en tres grandes formas de expresión:

TIPO	DEFINICIÓN	FORMA DE EXPRESIÓN
VIOLENCIA FÍSICA	Se define como el uso de la fuerza física o la coerción por parte del hombre contra la mujer, para lograr que haga algo que ella no desea, con limitación de sus derechos.	**Algunas acciones por medio de las cuales se ejerce son (en orden creciente de magnitud y gravedad en relación al daño real o potencial):** Pellizcones, empujones, tirones de pelo, puñetazos y patadas en distintas partes del cuerpo, cortes y lesiones con objetos punzantes, quemaduras, agresiones con armas (armas de fuego, cuchillo, navaja)
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Se define como la degradación intensa y continua por el control de las acciones o comportamientos a través de la intimidación y manipulación, en detrimento de la mujer, que resulta en el desmoronamiento del auto respeto y la identidad individual.	Algunos comportamientos por medio de los cuales se ejerce son: burlas, insultos, descalificaciones persistentes y/o públicas, gritos, amenazas con relación a ella o sus hijos/as, sospecha y control de las relaciones personales (celopatías), actitudes tiránicas aislamiento de amistades, familia u otros contactos próximos. El dominio y control de la administración del dinero común o de la mujer (abuso económico), suele ser una poderosa modalidad de ejercicio de violencia que repercute en lo psicológico y

		social.
VIOLENCIA SEXUAL	Significa el uso de la fuerza física, la coerción o la intimidación psicológica para hacer que la mujer lleve a cabo un acto sexual u otros comportamientos sexuales indeseados por ella.	Su ejercicio se lleva adelante por medio de: bulas y descalificaciones sobre su capacidad sexual, obligándola a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, a protagonizar o presenciar actos sexuales perversos, a mantener relaciones sexuales en presencia de los hijos/as, etc., e ignorando y negando las necesidades y sentimientos de la mujer. Violación sexual.

Cuadro 1: Tipos de violencia contra la mujer. Modificado, tomado de Piaggi (31)

I.5.4 Violencia Durante el Embarazo

La violencia contra la mujer durante el embarazo se comenzó a estudiar a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta. Los estudios correspondientes se llevaron a cabo principalmente en países desarrollados como Estados Unidos de América y Canadá; algunos informes muestran una variación en la prevalencia que fluctúa entre el 9% y 20.1% según el tipo y la edad de la población estudiada (39).

La razón más comúnmente relacionada con el alto riesgo de la violencia contra la mujer durante el embarazo es el aumento del estrés que siente el padre o compañero con respecto al parto

inminente. Este estrés se manifiesta en el hombre como una frustración que dirige contra la madre y su niño no nacido.

Las adolescentes embarazadas, particularmente entre los 13 y 17 años de edad, corren un alto riesgo de ser víctimas de la violencia por parte de sus parejas. Según estudios de la OPS (40), si el embarazo era imprevisto o no deseado la violencia contra la mujer llega a ser cuatro veces más probable. Lo que este dato no pone de manifiesto es que el embarazo mismo puede ser un resultado de la violencia doméstica, ya sea por abuso sexual, violación marital o negación al uso de métodos anticonceptivos.

La violencia durante el embarazo es una agresión que pone en peligro no sólo una sino dos vidas. “Si bien en la mayor parte de la violencia doméstica los golpes van dirigidos a la cabeza de la víctima, durante el embarazo estos van dirigidos a los senos, el abdomen o los genitales” (41).

I.5.4.1 Consecuencias de la violencia durante el embarazo.

Las mujeres que han sufrido golpes presentan un riesgo dos veces mayor de abortar, tener desprendimientos prematuro de placenta, ruptura uterina, presentar corioamnionitis, precipitación del parto y complicaciones postparto y, consecuencia fatal, la muerte (42). Otras consecuencias posibles de los traumas abdominales incluyen ruptura de hígado o bazo y fractura de la pelvis (39).

Además de los daños físicos ya mencionadas, la violencia durante el embarazo puede tener consecuencias psicológicas. La mujer embarazada y agredida por su pareja está en mayor riesgo de sufrir estrés, depresión y adicción al tabaco, el alcohol y las drogas. Los efectos de la adicción a las drogas en el feto han sido bien documentados, pero los efectos de la depresión son más difíciles de

determinar. Estos pueden incluir la pérdida del interés de la madre en su salud y en la de su hijo, tanto durante el embarazo como después del parto. Tienden a aislarse y presentan baja autoestima (21, 27).

Las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia doméstica durante el embarazo pueden tener un efecto perjudicial severo en el desarrollo psicológico del niño, quien probablemente será testigo de violencia doméstica después de su nacimiento. Además, el hombre que golpea a su compañera probablemente también golpeará a sus hijos (40).

Los fetos también tienen serias repercusiones como consecuencia de la violencia; pueden sufrir diversos traumatismos durante la gestación, como fracturas o muerte fetal. Algunos estudios notifican que presentan cuatro veces más riesgo de tener bajo peso al nacer, anemia fetal y acidosis fetal; asimismo, están 40 veces más propensos a morir el primer año de vida (43, 44)

Consecuencias Físicas de la Violencia Doméstica durante el Embarazo (42)

- Aumento de peso insuficiente
- Infecciones vaginales, cervicales o renales
- Sangrado vaginal
- Trauma abdominal
- Hemorragia
- Exacerbación de enfermedades crónicas
- Complicaciones durante el parto
- Retraso en el cuidado prenatal
- Aborto espontáneo
- Bajo peso al nacer
- Ruptura de membranas

- Placenta previa
- Infección uterina
- Magulladuras del feto, fracturas y hematomas
- Muerte

I.5.5 Importancia Individual y Social. El Impacto sobre la Salud y el Desarrollo.

En sentido contrario a muchas creencias que afirman la escasa importancia y magnitud de la violencia hacia las mujeres dentro de la familia, todos los datos disponibles indican que mujeres y niñas están más expuestas al riesgo de la violencia en sus hogares que en cualquier otro lugar.

Según estudios realizados a nivel mundial, se puede evaluar la carga de salud (años de vida perdidos en relación a años esperables de vida saludable) relacionada con la violencia. Se considera que en mujeres de 15 a 44 años esa carga es equivalente a un año de vida perdido por cada cinco de vida saludable y comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades que ya son altas prioridades dentro de la agenda mundial, incluyendo al VIH, la tuberculosis, la sepsis puerperal, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

El impacto de la violencia sobre la salud y la vida, como forma de negar los derechos básicos de las personas, es múltiple y no se limita al cuerpo femenino, sino que irradia y lesiona afectividad y la vida relacional.

El deterioro de la integridad, el menoscabo de la autoestima, la autonomía y la autodeterminación y, en particular, la afectación del cuerpo, la sexualidad y la afectividad constituyen un atentado contra la libertad y la dignidad como personas (31).

Efectos de la Violencia contra las Mujeres en la Salud (45)

Durante los años ochenta y noventa se han llevado a cabo investigaciones que demuestran que el hecho de estar sometida a una relación de violencia tiene graves consecuencias en la salud de la mujer, a corto y a largo plazo. La mujer maltratada presenta numerosos síntomas físicos y psicosomáticos. El estrés crónico que implica el maltrato favorece la aparición de diferentes enfermedades y empeora las existentes (31). Es decir, los síntomas físicos, que muchas veces son crónicas e inespecíficos (cefaleas, cansancio, dolores de espalda, etc.), aparecen entremezclados con los psíquicos. En el cuadro 2 se muestran las consecuencias en la salud de las mujeres, recogidas en las diferentes investigaciones (31, 46, 47).

EFECTOS MORTALES	**MALTRATO POR LA PAREJA** **AGRESIÓN SEXUAL** **ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ**		**EFECTOS NO MORTALES**
• Homicidio • Suicidio • Mortalidad materna • Efectos relacionados con el SIDA	**SALUD FÍSICA** • Lesiones • Alteraciones funcionales • Síntomas físicos • Salud subjetiva deficiente • Discapacidad permanente • Obesidad severa **SALUD REPRODUCTIVA** • Embarazo no deseado • ITS/VIH • Trastornos ginecológicos • Abortos peligrosos • Complicaciones del	**TRASTORNOS CRÓNICOS** • Síndromes dolorosos crónicos • Síndrome del intestino irritable • Trastornos gastrointestinales • Fibromialgia **COMPORTAMIENTOS NEGATIVOS** • Tabaquismo • Abuso de alcohol y drogas • Comportamientos sexuales arriesgados • Inactividad física • Comer en exceso	**SALUD MENTAL** • Ansiedad • Estrés postraumático • Depresión • Angustia • Fobias/estados de pánico • Trastornos alimentarios • Disfunción sexual • Escasa autoestima • Abuso de sustancias psicotrópicas • Sentimientos de culpa y vergüenza • Anorgasmia • Falta de autoestima sexual

	embarazo • Abortos/bajo peso al nacer • Enfermedad inflamatoria pélvica	• Escaso cuidado personal	• Disminución de la libido

CUADRO 2: Efectos de la violencia contra las mujeres en la salud. Tomado de OPS, Hoja informativa, GenSalud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo (45)

II. Objetivos

II.1 OBJETIVO GENERAL:

Estimar la prevalencia de la violencia contra la mujer y caracterizar los diferentes tipos de violencia que padecen las mujeres que se atienden en el consultorio de planificación familiar del Hospital Seccional Los Altos durante el período comprendido entre el 1° de Octubre de 2009 al 23 de Diciembre de 2009.

II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar en la población objeto de estudio si han sufrido algún tipo de violencia contra la mujer.
- Establecer el tipo de violencia del que fueron objeto: física, psíquica y/o sexual.
- Precisar la frecuencia, etapa de vida y grado de severidad de las lesiones psíquicas, físicas y sexuales.
- Determinar las lesiones derivadas y su nivel de gravedad.
- Determinar en la población estudiada la incidencia de violencia contra la mujer durante el embarazo o puerperio.
- Investigar en la población de estudio “la ruta crítica” (si buscaron algún tipo de ayuda que les permita apaliar, atender y/o prevenir la violencia o tratar las secuelas de las lesiones).
- Identificar con qué grupo de personas la víctima comenta sus experiencias de violencia.
- Determinar en esa ruta crítica quiénes ayudan o tratan de ayudar.
- Identificar problemas necesarios a resolver y generar opciones para intervenciones en la comunidad y centros de salud.

III. Diseño Metodológico

III.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

III.2 UNIVERSO

Para esta investigación se estableció como universo a todas las mujeres a partir de los 14 años que demandaron atención en el Hospital Seccional Los Altos durante el período comprendido entre el 1° de Octubre de 2009 al 23 de Diciembre de 2009. **N:** 632

III.3 MUESTRA

El presente trabajo tomó como muestra a todas las mujeres a partir de los 14 años que demandaron atención en el consultorio de Planificación Familiar del Hospital Seccional Los Altos durante el período comprendido entre el 1° de Octubre de 2009 al 23 de Diciembre de 2009. **n**: 172

III.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN:

Para este estudio se **incluyeron a:**

- ✓ Todas las mujeres que asistieron al consultorio de planificación familiar del Hospital Seccional de los Altos, de 14 años en adelante, independientemente del motivo de consulta y de la condición médica que presentaba al momento de la encuesta, entre el 1° de Octubre de 2009 al 23 de Diciembre de 2009.
- ✓ Que al ser invitadas, desearon contestar el cuestionario.

Se excluyeron a:

- ✓ Todas las mujeres que asistieron a los otros servicios del Hospital.
- ✓ Al personal femenino del hospital que desempeña sus tareas en los consultorios externos, consultorio de planificación familiar o cualquier otra dependencia del hospital.
- ✓ A todas las mujeres que ante la invitación, no desearon participar en las investigación.

Se eliminaron a:

- ✓ Todos los cuestionarios que por diversas razones no fueron legibles.
- ✓ Todos aquellos cuestionarios que fueron completados para las personas que no reúnen los criterios de inclusión o que se encontraron comprendidas dentro de los criterios de exclusión.

III.5 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:

Se construyó un cuestionario que responde a 13 variables. Este cuestionario incluye preguntas cerradas y de opción múltiple precodificadas, y una pregunta abierta; que permitió obtener la información necesaria para alcanzar los objetivos de este estudio.

Estas variables se agruparon en 4 índices, a saber:

A. Datos sociodemográficos
B. Identificación y caracterización de la violencia
C. Consecuencias de las lesiones
D. Caracterización de la ruta crítica

Los índices B, C y D, presentan variables y subvariables. (Ver tablas II, III y IV)

II.6 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se solicitó autorización a las autoridades del Hospital Seccional de los Altos para realizar las encuestas en el ámbito hospitalario, específicamente en el consultorio de planificación familiar.
- Se solicitó la colaboración del personal del hospital para la aplicación del cuestionario, explicando los objetivos y el alcance de la investigación.
- Se capacitó al personal que colaboró para la aplicación del cuestionario.
- Se aplicó el cuestionario a todas las mujeres que reunieron los criterios de inclusión.
- Se les informó a las mujeres encuestadas de la importancia de la investigación como así también de los objetivos del estudio y de los aspectos éticos que garantizan la confidencialidad de la información obtenida.
- Las encuestas se realizaron por estos colaboradores en sus respectivos horarios de atención.
- Se hizo hincapié en cumplir con las recomendaciones éticas de la OMS (48) para la investigación en violencia basada en género que incluyó:

    - ✓ Asegurar el anonimato de las participantes
    - ✓ Garantía por la confidencialidad de la información obtenida
    - ✓ Se respetó la autonomía, por lo cual no se tomaron medidas en relación a las respuestas (salvo decisión de la encuestada)
    - ✓ Se brindó asesoramiento posterior si ésta lo deseaba.

III.7 IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:

Si bien existe un cierto consenso sobre las definiciones de los tipos de violencia física, sexual y psicológica, desde el punto de vista operativo aún no se ha estandarizado una categorización de las agresiones y/o expresiones de violencia que componen a cada tipo; lo que afecta la comparabilidad entre las distintas investigaciones.

Es así que, analizando los trabajos de Ortega Ceballos y cols, que mide los determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos (49), la escala de violencia e índice de severidad de Valdez Santiago y cols, (50), el estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica (7), la publicación de Piaggi sobre violencia hacia las mujeres y violencia en pareja (31), y el trabajo de Alvarado Zaldívar y cols. sobre prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango (22), se definieron para esta investigación, las siguientes variables, subvariables e indicadores:

Tabla I. Datos sociodemográficos. Variables y Operacionalización.

VARIABLE	OPERACIONALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÍNDICE
1. Barrio	Abierta	Lugar de procedencia.	A. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
2. Edad	• 14-19 • 20-25 • 26-31 • 32-37 • 38-43 • 44-49 • 50-55 • 56-61 • 62-67 • 68+	Se organizó en rangos de 5 años.	
3. Estado civil	• Casada • Soltera • Unión estable • Separada • Viuda	Situación parental al momento que se aplicó el cuestionario.	
4. N° hijos	• 0 • 1-2 • ≥3	Se consideró el número de hijos al momento de la entrevista. En primigestas se consideró 1° hijo.	
5. Educación	• Sin estudios • Primario: a. completo b. incompleto • Secundario: a. completo b. incompleto • Terciario/Universitario: a. completo b. incompleto	Se considerará el último nivel de instrucción alcanzado	
6. Ocupación de la mujer	• Sin empleo • Ama de casa • Jefe de Hogar o Beca • Jornalero/golondrina • Empleada asalariada • Profesional • Otro	Trabajo o empleo que posee la mujer encuestada al momento de realizarse dicho estudio	
7. Ocupación de la pareja	• Sin empleo • Jefe de Hogar o Beca • Jornalero/golondrina • Empleado asalariado • Profesional • No sabe • Otro	Trabajo o empleo que posee la pareja de la encuestada al momento de realizarse dicho estudio	
8. Personas con las que vive	• Pareja • Pareja e hijos • Pareja, hijos y pariente/s • Otros	Personas con las que cohabita al momento de la encuesta	

Tabla II. Identificación y Caracterización de la violencia. Variables, subvariables y Operacionalización.

VARIABLE	SUB-VARIABLES/ OPERACIONALIZACIÓN		DESCRIPCIÓN	ÍNDICE
9. Violencia física	SEVERIDAD	LEVE	Arrastrada, cachetadas o pellizcos. Empujones o tirón del cabello.	B. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA
		MODERADA	Golpe con puño u otra cosa que pudiera herirla. Golpe de pie, patadas, palizas, mordeduras, otro.	
		GRAVE	Estrangulada o quemada a propósito. Golpes con objetos. Daño con pistola, cuchillo u otra arma; o si se había utilizado cualquiera de estas armas contra ella.	
		No desea contestar		
		No indica violencia		
	AGRESOR	Abierta	¿Quién provocó o provoca el daño?	
	MOMENTO	Niñez	Hasta los 14 años de edad	
		Adolescencia	De 15 a 21 años de edad	
		Adultez	De 22 a 65 años de edad	
		>65 años	Mas de 65 años de edad	
		Embarazo	Se considerarán incluso aquellos que terminaron en aborto.	
		Post parto	Hasta los 6 meses del parto.	
		No desea contestar		
		Actualmente		
	FRECUENCIA	• 1 vez • Más de 1 vez • Siempre • No desea contestar	Veces que padeció la mujer el acto/s violento identificado/s	

VARIABLE	SUB-VARIABLES/ OPERACIONALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÍNDICE

10. Violencia Psicológica/ emocional	MALTRATO PSÍQUICO		Ser insultada o hacerla sentirse mal sobre ella misma. Ser humillada delante de los demás. Ser intimidada o asustada a propósito (la pareja grita y tira cosas) Ser amenazada con daños físicos directos o indirectos mediante amenazas de herir a alguien importante de ella. No desea contestar.	B. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA
	COMPORTAMIENTO DOMINANTE		Impedirle ver a sus amigas. Limitar el contacto con su familia carnal. Insistir en saber dónde está en todo momento. Ignorarla o tratarla con indiferencia. Enojarse con ella si habló con otros hombres. Acusarla constantemente de serle infiel. Controlar su acceso a la atención para la salud. Exigirle o negarle el uso de un método anticonceptivo. No desea contestar	
	No desea contestar			
	No indica violencia emocional			
	AGRESOR	Abierta	¿Quién provocó o provoca el daño?	
	MOMENTO	Niñez	Hasta los 14 años de edad	
		Adolescencia	De 15 a 21 años de edad	
		Adultez	De 22 a 65 años de edad	
		>65 años	Más de 65 años de edad	
		Embarazo	Se considerarán incluso aquellos que terminaron en aborto.	
		Post parto	Hasta los 6 meses del parto.	
		No desea contestar		
		Actualmente		
	FRECUENCIA	• 1 vez • Más de 1 vez • Siempre • No desea contestar	Veces que padeció la mujer el acto/s violento identificado/s	

VARIABLE	SUB-VARIABLES/ OPERACIONALIZACIÓN			DESCRIPCIÓN	ÍNDICE
11. Violencia sexual	VIOLACIÓN SEXUAL	DETECCIÓN	• SI • NO • No desea contestar	Alguna vez en su vida: ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales o contacto sexual?	B. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA
		PERPETRADOR	Abierta	¿Quién o quiénes provocaron o provoca el daño?	
		MOMENTO	Niñez	Hasta los 14 años de edad	
			Adolescencia	De 15 a 21 años de edad	
			Adultez	De 22 a 65 años de edad	
			>65 años	Más de 65 años de edad	
			Embarazo	Se considerarán incluso aquellos que terminaron en aborto.	
			Post parto	Hasta los 6 meses del parto.	
			No desea contestar		
			Actualmente		
		FRECUENCIA	• 1 vez • Más de 1 vez • Siempre • No desea contestar	Veces que padeció la mujer el acto/s violento identificado/s	
	ABUSO Y DOMINACIÓN SEXUAL		• SI • NO • No desea contestar	¿La han golpeado durante la relación sexual?	
			• SI • NO • No desea contestar	¿La han obligado o forzado a tener relaciones sexuales estando enferma?	
			• SI • NO • No desea contestar	¿La han obligado o forzado a tener relaciones sexuales con otras personas?	

Tabla III. Consecuencias de las lesiones. Variable y Operacionalización.

VARIABLE	SUB-VARIABLES/ OPERACIONALIZACIÓN		DESCRIPCIÓN	ÍNDICE
12. Lesiones derivadas	SEVERIDAD DE LAS LESIONES DERIVADAS	LEVE	Moretón, rasguños, cortes, pinchazos, mordiscos.	C. CONSECUENCIAS DE LAS LESIONES
		GRAVE	Huesos rotos, daños oídos y ojos, pérdida del conocimiento, quemaduras. Deterioro de la autoestima. Predisposición de ingestión de antidepresivos. Miedo. Bajo rendimiento laboral, escolar y hogareño, insomnio. Deserción labora/escolar.	
		MUY GRAVE	Aborto. Parto prematuro/inmaduro. Intento de suicidio.	

Tabla IV. Caracterización de la Ruta Crítica. Variables y Operacionalización.

VARIABLE	SUB-VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN	DESCRIPCIÓN	ÍNDICE
13. Ayuda y Asistencia	A quién comentan su experiencia de violencia	• Nadie • Familia • Amigos • Personal de salud • Policía • Líderes religiosos • Otro: definir	Con quién o con quienes habla de la violencia vivida buscando ayuda.	D. CARACTERIZACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA
	Quién ayuda o trata de ayudar	• Nadie • Familia • Amigos • Personal de salud • Policía • Líderes religiosos • Otro: definir	Quién o quiénes responden a su pedido de ayuda	
	Búsqueda de ayuda	• Refugio • Asociación/ONG/etc. • Centro de ayuda para la mujer • No sabía dónde acudir • No buscó ayuda • Otro: definir	Si se presentó en algunos de estos centros buscando ayuda	

III.8 CONSIDERACIONES:

La severidad de los actos de violencia, se clasificó en función de las probabilidades de que causara lesiones. Así la cachetada o empujón se definieron como violencia leve y el golpe de puño o palizas como violencia moderada. El daño con pistola, cuchillo u otra arma se consideró violencia grave. Esta clasificación difiere de la presentada por el estudio multipaís de la OMS (7), dado que es un asunto controvertido; un empujón por ejemplo, puede causar lesiones graves, aunque se haya clasificado como leve; sin embargo esta clasificación se ajusta a otras medidas de severidad como lo son las lesiones derivadas.

Dada la complejidad que resulta definir y medir el maltrato psíquico de modo relevante y significativo, se tomó como base la definición de comportamiento dominante del estudio multipaís de la OMS; correlacionándose también la clasificación a la gravedad de las lesiones derivadas.

III.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

Se creó una base de datos con el software Microsoft Access 2010 para Windows, donde se almacenó la información y permitió un análisis exhaustivo de la misma, generada desde los cuestionarios.

Con esta aplicación se diseñó un formulario, que permitió elaborar informes de forma rápida, admitiendo la posibilidad de cruzar las variables que resultaron de interés para el estudio.

De esta forma, se obtuvieron datos de frecuencia y porcentajes, y se clasificaron los casos según las variables establecidas. Los resultados logrados en la presente investigación se presentan en tablas y figuras, diseñados para tal fin, en valores absolutos y porcentuales para una mejor interpretación y observación de los mismos. Esto permitió finalmente la formulación de conclusiones y sugerencias.

IV. Resultados

IV.1 DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

Durante el período de estudio, se atendieron en el consultorio de planificación familiar 342 usuarias. A las que se le aplicó el cuestionario y se recogieron en total 172 informes que cumplieron con los criterios de inclusión y fueron estudiados.

IV.1.1 Barrio:

Las usuarias encuestadas pertenecían mayormente a los Barrios: Obrero (24,4%), San Isidro (14%) y Centro (8,1%).

Barrios	n	%
San Antonio	2	1,2
María Auxiliadora	2	1,2
20 viviendas	2	1,2
San Nicolás	3	1,7
Hospital	3	1,7
Santa Lucía	4	2,3
Virgen del Valle	5	2,9
San Cayetano	6	3,5
Colegial	6	3,5
Tabacalero	7	4,1
13 de Julio	7	4,1
Otros*	9	5,2
El Churqui	11	6,4
Las Parcelas	12	7,0
San José	13	7,6
Centro	14	8,1
San Isidro	24	14,0
Obrero	42	24,4
Total	**172**	**100**

Tabla 1. Lugar de procedencia de las encuestadas. n: 172

*Otros: conformado por los Barrios: 25 de Mayo, Alijilán, Alto Verde, El Abra, Los Maestros, Monte Redondo, Rumipunco, Ruta 21 y Santa Rosa. Cada uno de estos barrios estuvo representado por una usuaria.

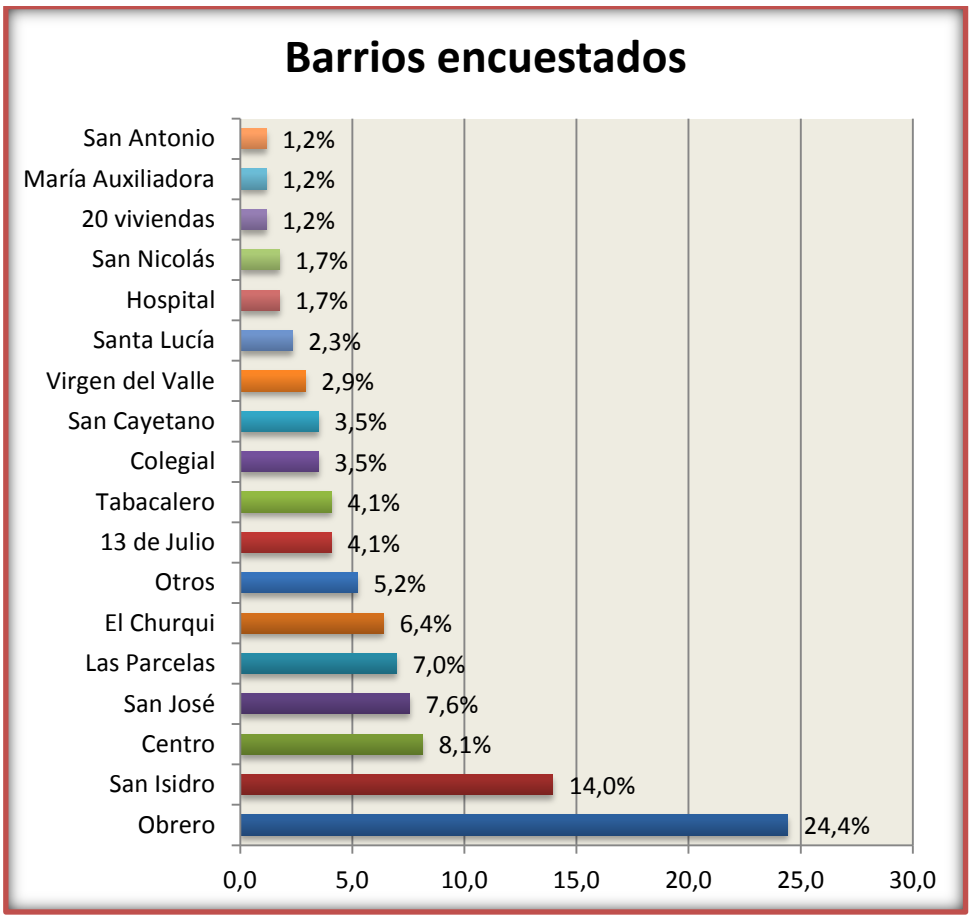

Figura 1. Lugar de procedencia de las encuestadas. n: 172

IV.1.2 Rango etáreo:

El 26,2 % de las usuarias encuestadas tenían entre 20 y 25 años. Y el 22,7% tenían entre 26 y 31 años.

Rango	n	%
14-19	25	14,5
20-25	45	26,2
26-31	39	22,7
32-37	21	12,2
38-43	16	9,3

44-49	17	9,9
50-55	6	3,5
56-61	3	1,7
62-67	0	0,0
68+	0	0,0
Total	172	100

Tabla 2. Rango etáreo de las encuestadas. n: 172

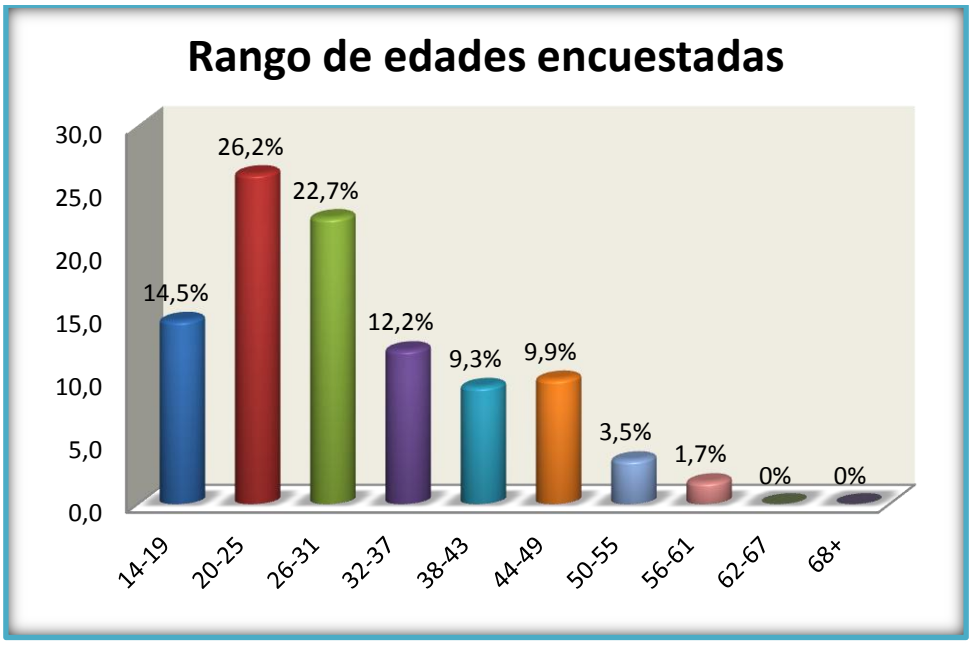

Figura 2. Rango etáreo de las encuestadas. n: 172

IV.1.3 Estado Civil:

El 68% de las usuarias se encontraban en “Unión estable” al momento de la encuesta; el 15% estaban casadas, el 12% eran solteras, y el 3,5% estaban separadas.

Estado Civil	**N**	**%**
Casada	26	15,1
Soltera	21	12,2
Unión estable	117	68,0
Separada	6	3,5
Viuda	2	1,2
Total	**172**	**100**

Tabla 3. Estado Civil de las encuestadas. n: 172

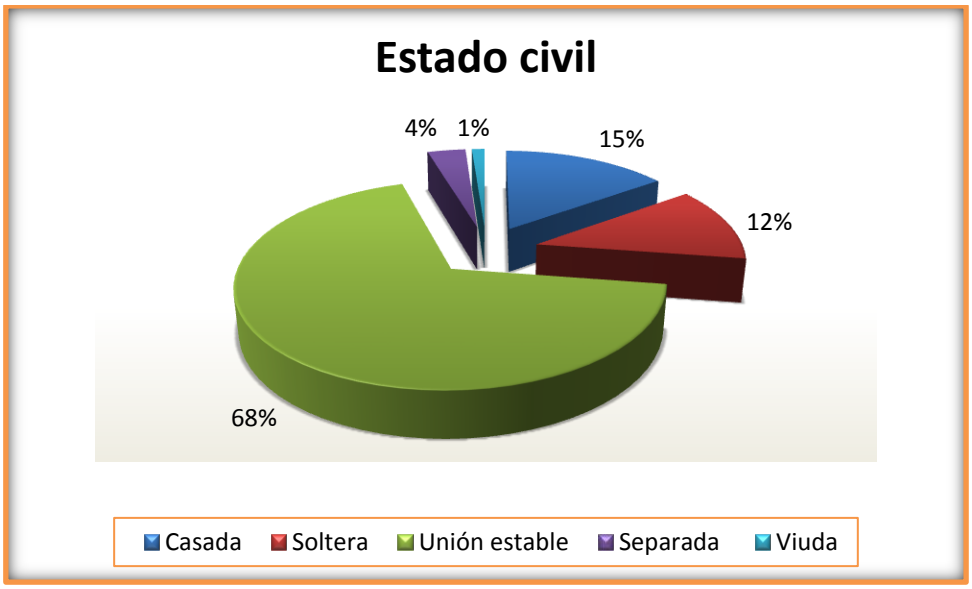

Figura 3. Estado Civil de las encuestadas. n: 172

IV.1.4 Número de hijos

El 48% de las usuarias poseían tres o más hijos al momento de la encuesta. Mientras que el 39% tenían entre uno y dos hijos.

N° hijos	n	%
0	22	12,8
1 a 2	67	39,0
≥3	83	48,3
Total	**172**	**100**

Tabla 4. Número de hijos de las encuestadas. n: 172

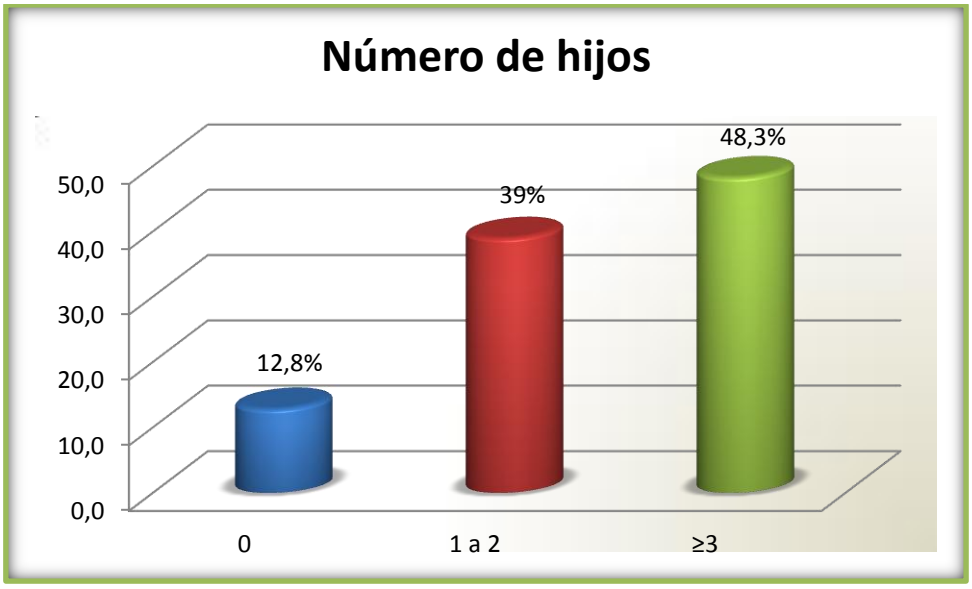

Figura 4. Número de hijos de las encuestadas. n: 172

IV.1.5 Nivel Educativo

El 67,4% tenía estudios primarios, pero sólo el 39% habían completado los estudios.

El 24,4% tenía estudios secundarios, pero sólo 11% tenían completada la escolaridad secundaria. El nivel universitario estuvo representado por 6 usuarias (3,5%); sólo el 1,7% completó ese nivel educativo.

Educación	**Completo**		**Incompleto**		**Total**	
	n	%	n	%	n	%
Sin estudios	0	0,0	8	4,7	8	4,7
Primario	67	39,0	49	28,5	116	67,4
Secundario	19	11,0	23	13,4	42	24,4
Terc/Univ	3	1,7	3	1,7	6	3,5
Total	**89**	**52**	**83**	**48,3**	**172**	**100**

Tabla 5. Nivel educativo de las encuestadas. n: 172

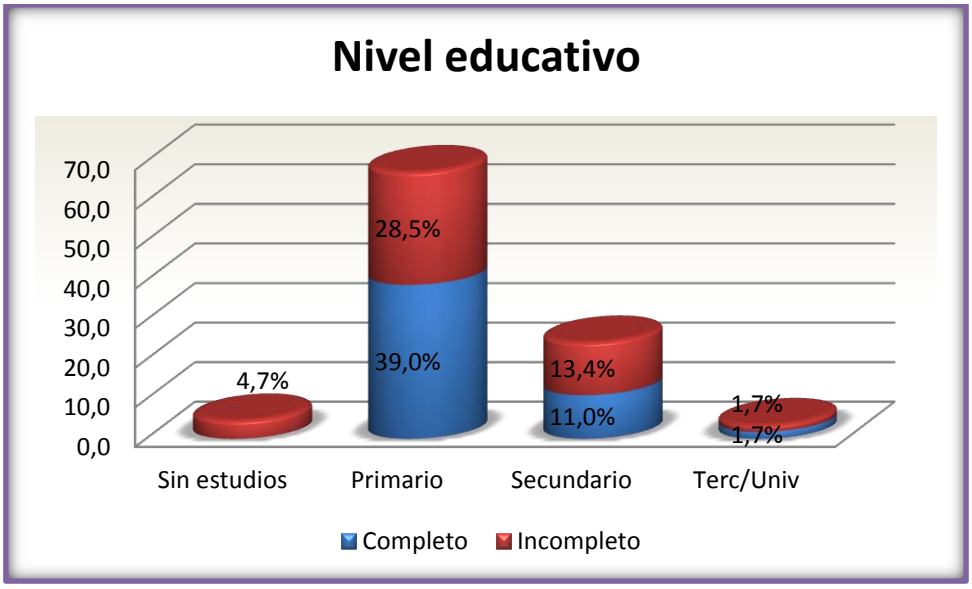

Figura 5. Nivel educativo de las encuestadas. n: 172

IV.1.6 Ocupación de la mujer

El 47% de las usuarias eran amas de casa, el 15% poseían una beca o percibían algún beneficio como jefas de hogar, el 11% eran trabajadores golondrinas y el 8,5% poseía un trabajo con salario.

Ocupación de la Mujer	n	%
Sin empleo	15	7,9
Ama de Casa	89	47,1
Jefe de hogar/beca	29	15,3
Jornalero/golondrina	21	11,1
Empleada asalariada	16	8,5
Profesional	0	0,0
Otro	19	10,1
Total	**189**	100

Tabla 6. Ocupación de la mujer. n: 172

Figura 6. Ocupación de la mujer. n: 172

IV.1.7 Ocupación de la pareja

El 42,8% de las parejas de las usuarias eran trabajadores golondrinas o jornaleros, el 23,9% poseían otro tipo de ocupación, y el 22,8% eran empleados asalariados.

Ocupación de la Pareja	n	%
Sin empleo	6	3,3
Jefe de hogar/beca	13	7,2
Jornalero/golondrina	77	42,8
Empleado asalariado	41	22,8
Profesional	0	0,0
Otro	43	23,9
Total	**180**	**100**

Tabla 7. Ocupación de la pareja. n: 172

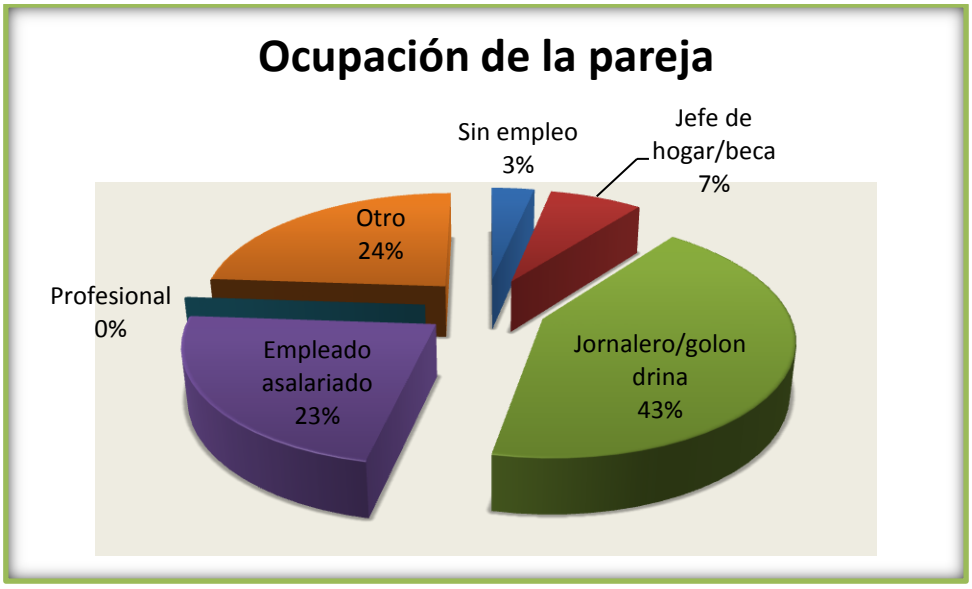

Figura 7. Ocupación de la pareja. n: 172

IV.1.8 Personas con las que vive

El 50,6% de las usuarias encuestadas conviven con su pareja e hijos, el 24,4% convive además de su familia con parientes y el 21,5% convive con otras personas.

Persona con las que vive	n	%
Pareja	6	3,5
Pareja e hijos	87	50,6
Pareja, hijos y parientes	42	24,4
Otros	37	21,5
Total	**172**	**100**

Tabla 8. Personas con las que vive. n: 172

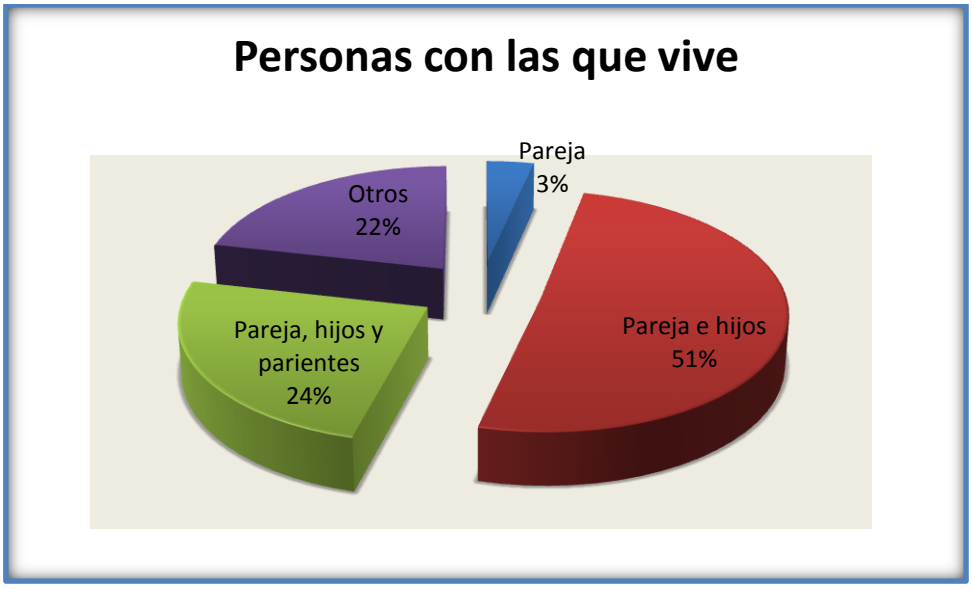

Figura 8. Personas con las que vive. n: 172

IV.2. VIOLENCIA TOTAL

Del total de las usuarias encuestadas, el 88,4% refirió padecer o haber padecido algún tipo de violencia.

VIOLENCIA TOTAL	n	%
Con violencia	152	88,4
Sin violencia	20	11,6
Total de encuestados	**172**	**100**

Tabla 9. Violencia total. n: 172

Figura 9. Violencia total. n: 172

IV.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

De todas las usuarias encuestadas, el 86% indicó sufrir de violencia psicológica. El 64,5% reveló que padece de violencia física y el 50% de violencia sexual.

Violencia	**SI violencia**		**NO violencia**	
	n	%	n	%
Violencia Física	111	64,5	61	35,7
Violencia Psíquica	148	86,0	24	14,0
Violencia Sexual	86	50,0	86	50,3
Total de encuestas	**172**	**100**	**172**	**100**

Tabla 10. Identificación de la violencia. n: 172

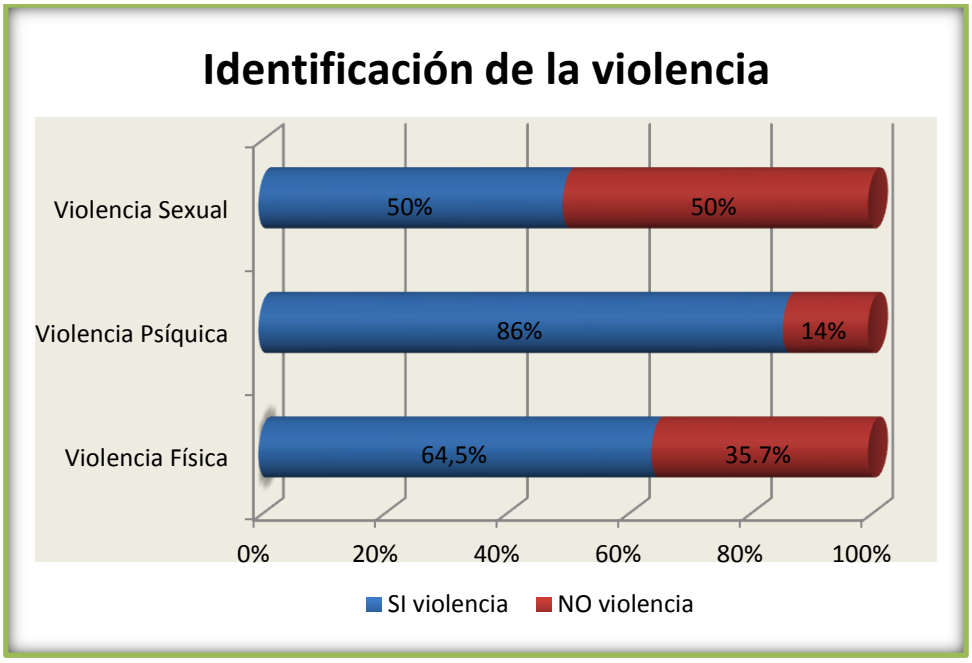

Figura 10. Violencia total. n: 172

IV.2.2 CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA.

IV.2.2.1 VIOLENCIA FÍSICA

El 64,5% de las usuarias encuestadas reportó haber sufrido en algún momento de su vida violencia física.

Violencia Física	n	%
SI	111	64,5
NO	61	35,5
Total	**172**	**100**

Tabla 11. Violencia Física. n: 172

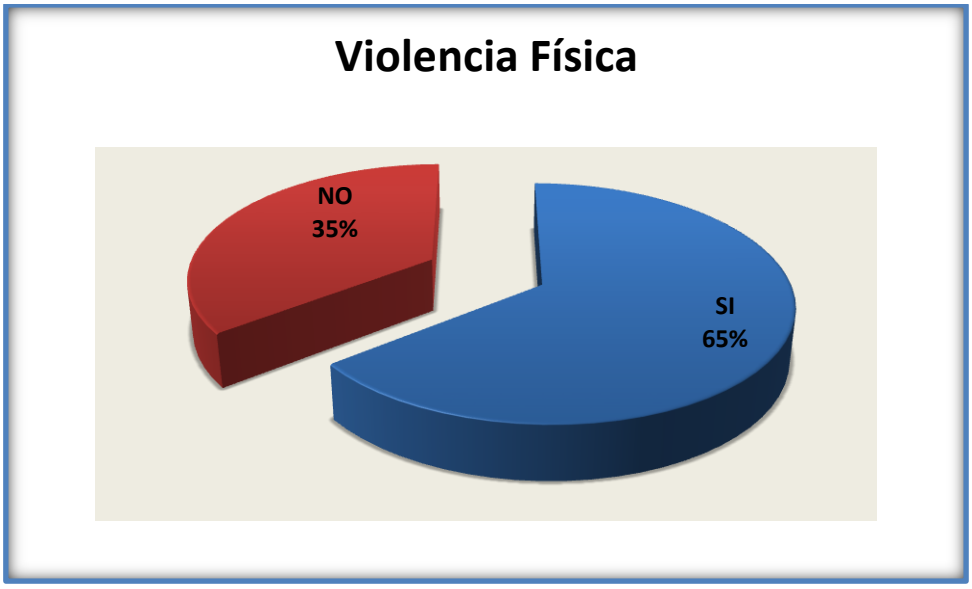

Figura 11. Violencia Física. n: 172

IV.2.2.1.2 Severidad de la Violencia Física

El 82% de las usuarias encuestadas reportaron lesiones leves. El 68,5% indicó haber sufrido lesiones moderadas. Y el 41,4% reveló haber sufrido lesiones graves.

Grado de Severidad	n	%
Leve	91	82,0
Moderada	76	68,5
Grave	46	41,4
Total n violencia física	**111**	**100**

Tabla 12. Severidad de la Violencia Física. n: 111

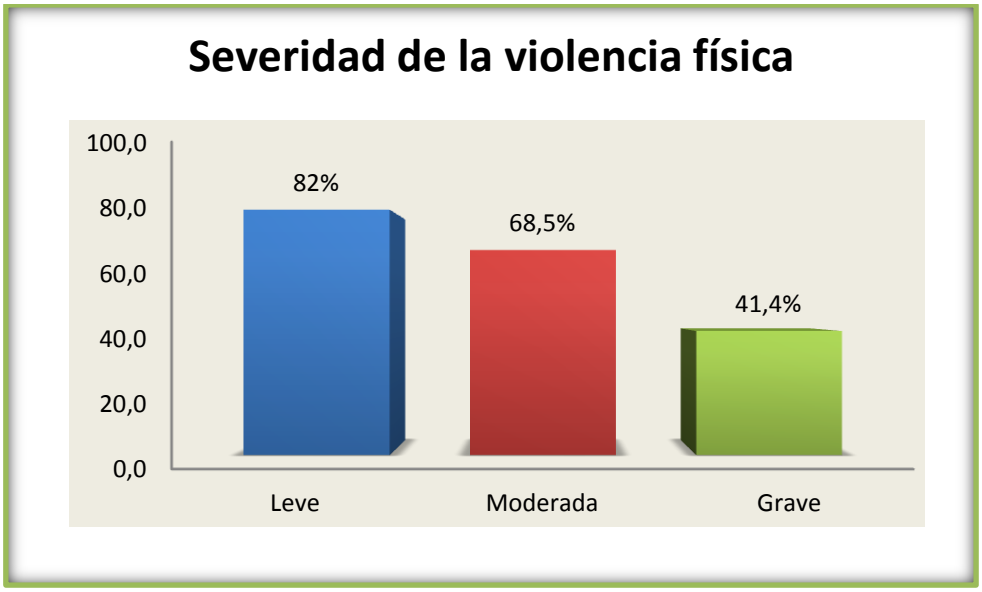

Figura 12. Severidad de la Violencia Física. n: 111

IV.2.2.1.3 Violencia física leve

El 74,7% manifestó haber padecido empujones o zamarreos. El 73,6% sufrió cachetadas y el 53,8% tirones del cabello.

Violencia física leve	n	%
Otro	2	2,2
No especifica	20	22,0
Arrastrada	21	23,1
Pellizcos	25	27,5
Tirón del Cabello	49	53,8
Cachetadas	67	73,6
Empujones/zamarreos	68	74,7
Total violencia física leve	**91**	**100**

Tabla 13. Violencia Física Leve. n: 91

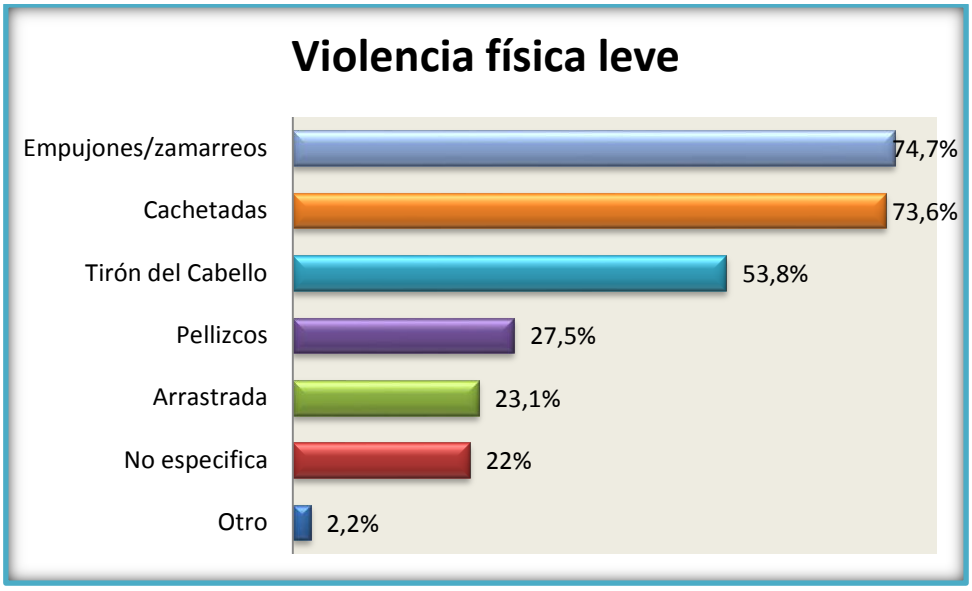

Figura 13. Violencia Física Leve. n: 91

IV.2.2.1.4 Violencia física moderada

El 75% de las usuarias encuestadas refirieron haber sufrido golpes de puño. El 44,7% sufrió de patadas y el 43,4% sufrieron palizas.

Violencia física moderada	n	%
Golpes de puño	57	75,0
Patadas	34	44,7
Palizas	33	43,4
Mordeduras	5	6,6
Total	**76**	**100**

Tabla 14. Violencia Física Moderada. n: 76

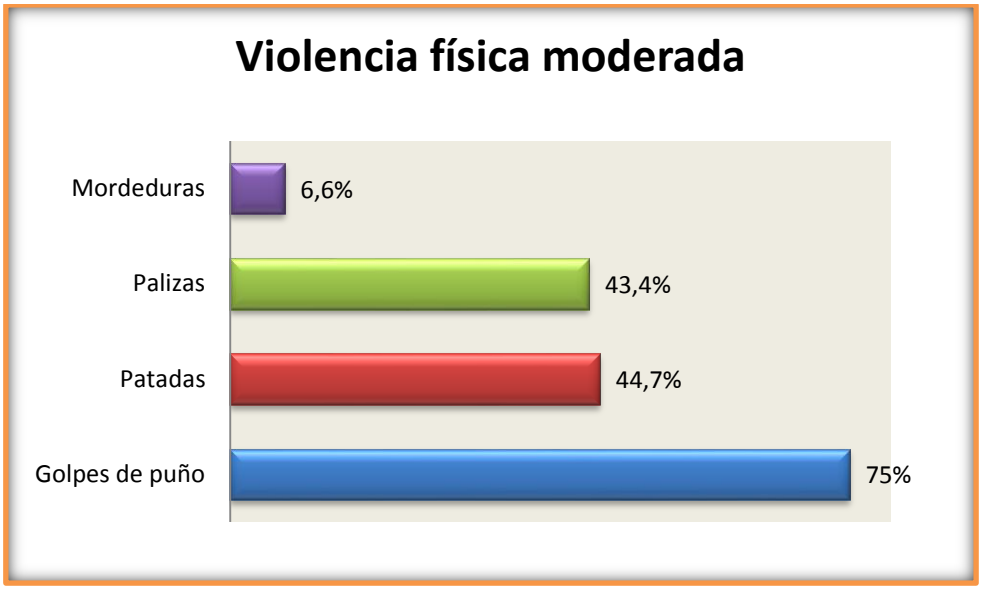

Figura 14. Violencia Física Moderada. n: 76

IV.2.2.1.5 Violencia física grave

El 71,7% de las usuarias manifestó haber sufrido intento de ahorcamiento. El 54,3% fue golpeada con objetos, el 21,7% padeció daño por un arma blanca y el 17,4% sufrió quemaduras.

Violencia física grave	**n**	**%**
Otros	2	4,3
Daño con revólver	3	6,5
Quemaduras	8	17,4
Daño con arma blanca	10	21,7
Golpes con objetos	25	54,3
Intento de ahorcamiento	33	71,7
Total	**46**	**100**

Tabla 15. Violencia Física Grave. n: 46

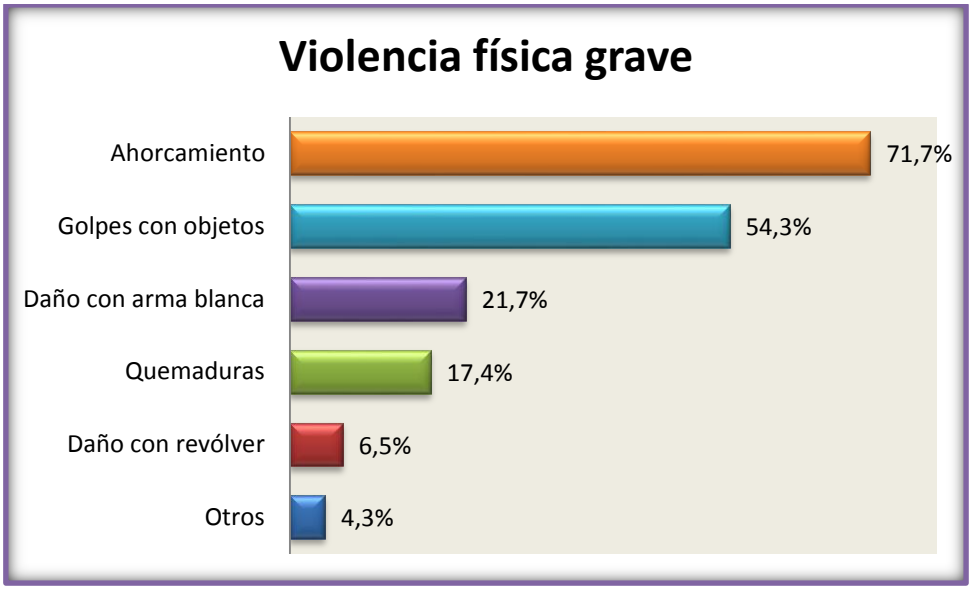

Figura 15. Violencia Física Grave. n: 46

IV.2.2.1. Identificación del Agresor en la violencia física

El 42,3% manifestó que las agresiones físicas fueron cometidas por la pareja actual, y el 32,4% por la ex pareja. Mientras que el 14,4% la agresión fue perpetrada por el padre y el 10,8% por la madre.

Agresor	n	%
Novio	1	0,9
Padrastro	1	0,9
Hermana/o	4	3,6
No desea contestar	4	3,6
Madre	12	10,8
Padre	16	14,4
Ex pareja	36	32,4
Pareja actual	47	42,3
Total	**111**	**100**

Tabla 16. Identificación del agresor. n: 111

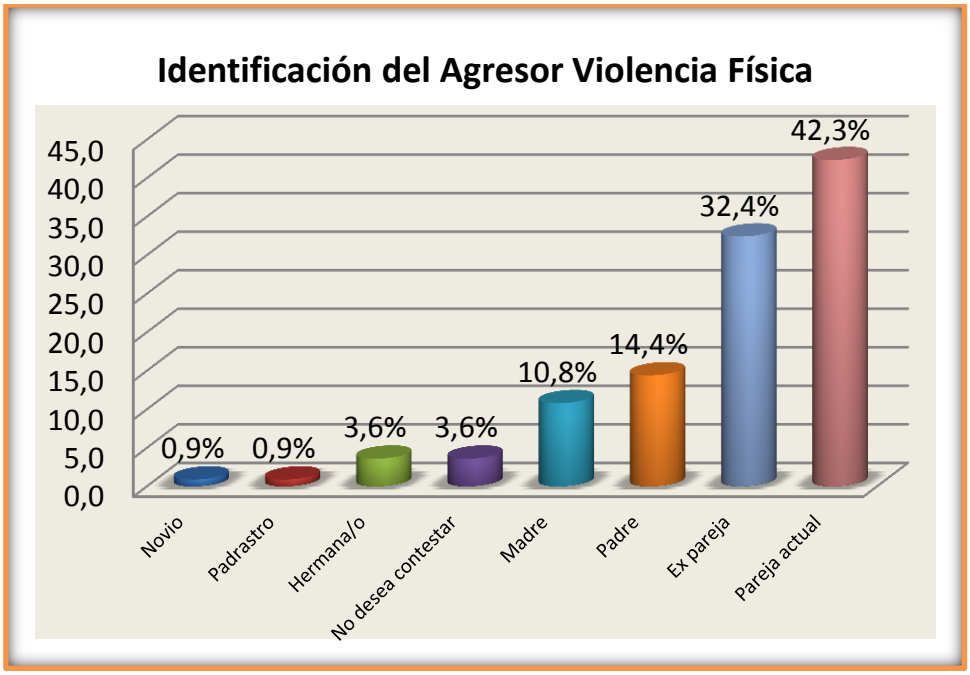

Figura 16. Identificación del agresor. n: 111

IV.2.1.3 Momento de la Agresión física

El 62,2% de las usuarias encuestadas refirió que fue agredida físicamente durante la Adultez y el 55,9% durante la adolescencia. El 28,8% fue agredida durante el embarazo y el 21,6% durante el post parto. Un 20,7% sufrió violencia física durante la niñez.

Momento de la Agresión física	n	%
>65 años	0	0,0
Niñez	23	20,7
Post-parto	24	21,6
Embarazo	32	28,8
Adolescencia	62	55,9
Adultez	69	62,2
Total	**111**	**100**

Tabla 17. Momento de la agresión física. n: 111

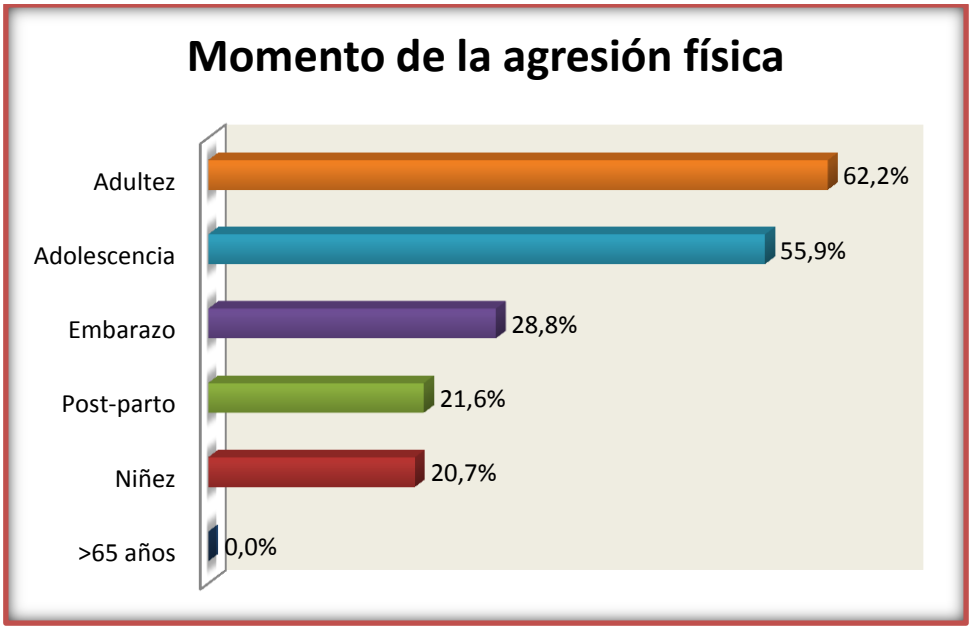

Figura 17. Momento de la agresión física. n: 111

IV.2.1.4 Frecuencia de la agresión física

El 55,9% comentó que las agresiones eran de forma habitual. El 26,1% sufrió agresiones físicas más de una vez y el 25,2% reveló que las agresiones físicas que padecen suceden actualmente, es decir, al momento de la entrevista.

Frecuencia del padecimiento físico	n	%
No desea contestar	1	0,9
1 vez	19	17,1
Sucede actualmente	28	25,2
Más de una vez	29	26,1
Habitual/Siempre	62	55,9
Total	**111**	**100**

Tabla 18. Frecuencia de las agresiones físicas. n: 111

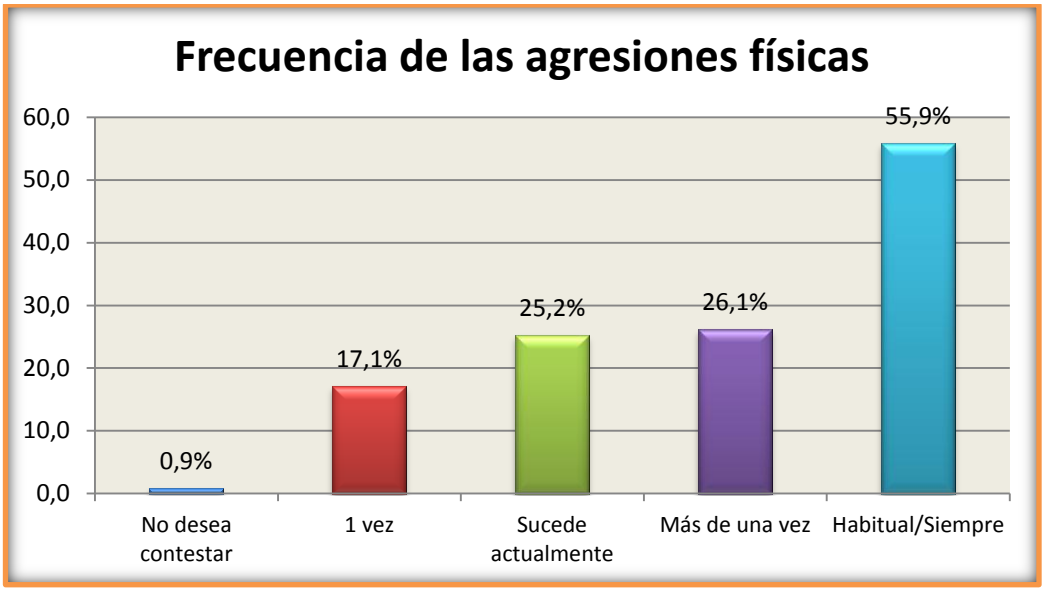

Figura 18. Frecuencia de las agresiones físicas. n: 111

IV.2.2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA/EMOCIONAL

El 86% declaró padecer algún tipo de violencia psicológica.

Violencia Psicológica	n	%
SI	148	86,0
NO	23	13,4
ns/nc	1	0,6
Total	**172**	**100**

Tabla 19. Violencia Psicológica. n: 172

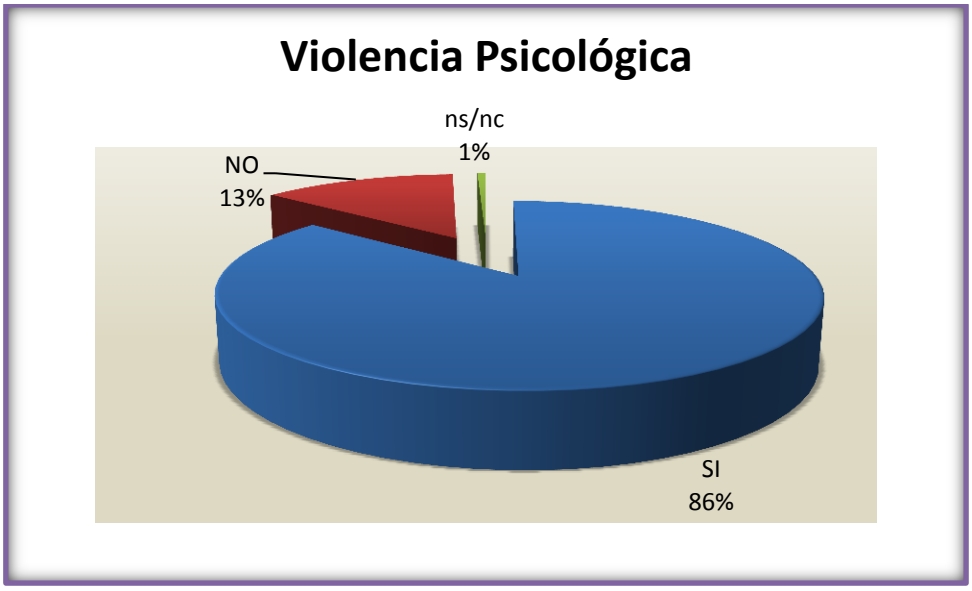

Figura 19. Violencia Psicológica. n: 172

IV.2.2.1 Maltrato Psíquico

El 64,9% manifestó haber padecido rechazo/desprecio y el 54,1% afirmó haber sido intimidada. El 37,8% recibió insultos y el 34,5% padeció la destrucción de objetos propios.

Maltrato Psíquico	**n**	**%**
Amenaza daño/muerte	15	10,1
Amenaza suicidio	29	19,6
Avergonzada/humillada	35	23,6
Burlas	35	23,6
Daños mascotas	46	31,1
Destrucción objetos propios	51	34,5
Insultos	56	37,8
Intimidada	80	54,1
Rechazo/desprecio	96	64,9
Total	**148**	**100**

Tabla 20. Maltrato psicológico. n: 148

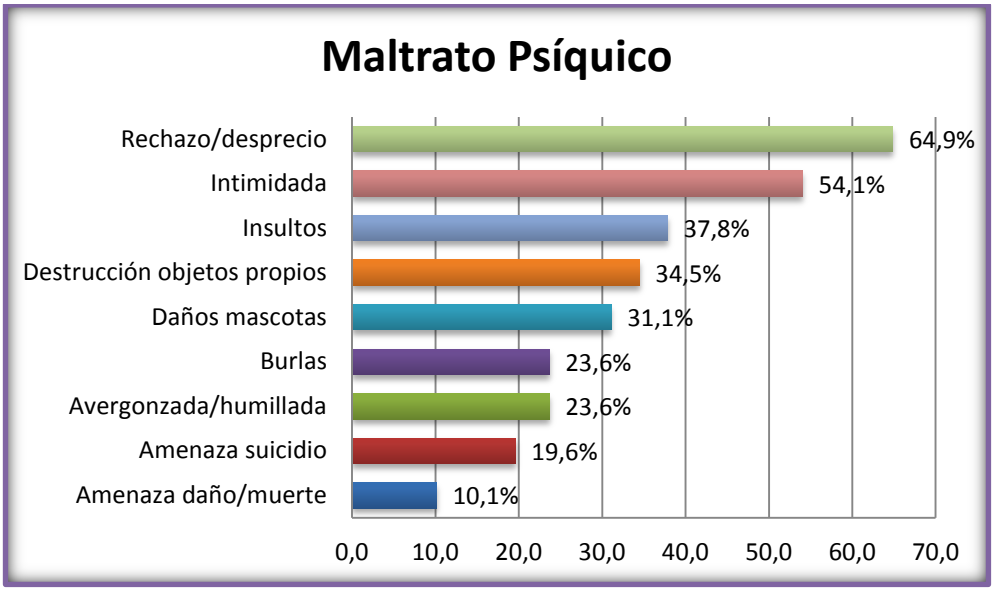

Figura 20. Maltrato psicológico. n: 148

IV.2.2.2 Comportamiento Dominante

El 65,5% de las usuarias comentaron que fueron obligadas a saber dónde está. El 60,8% las obligaron a tomar el anticonceptivo o a quedar embarazadas. Al 58,1% no se les permitió trabajar o estudiar, al 46,6% no se le permite acceder al método anticonceptivo o a la maternidad. Al 45,3% no les permiten atención médica.

Comportamiento Dominante	n	%
Acusa infidelidad	4	2,7
Enojo habla otros hombre	5	3,4
Ignora/indiferencia	28	18,9
Impide ver amigos/flia.	39	26,4
No deja atención médica	67	45,3
No permite Aco/maternidad	69	46,6
No permite trabajar/estudiar	86	58,1
Obliga Aco/maternidad	90	60,8
Obliga saber dónde está	97	65,5
Total	**148**	**100**

Tabla 21. Comportamiento Dominante. n: 148

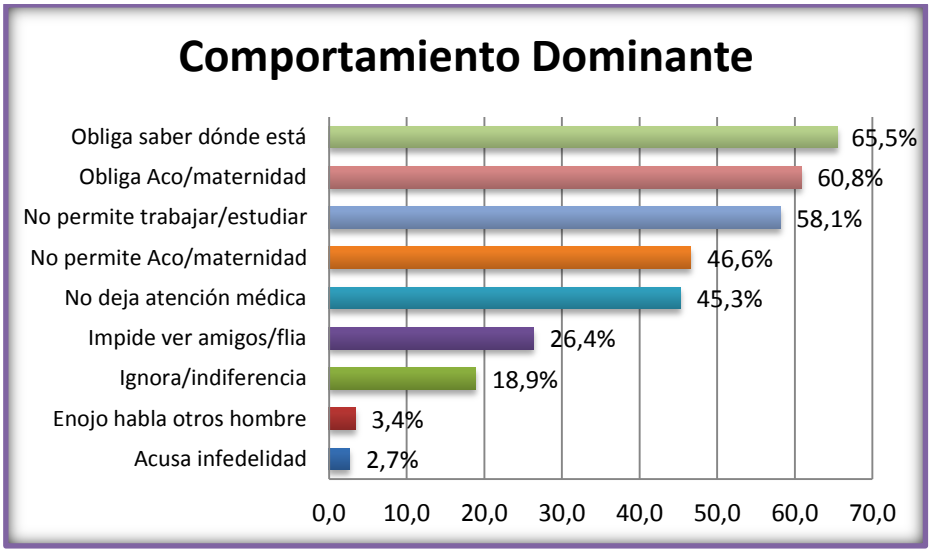

Figura 21. Comportamiento Dominante. n: 148

IV.2.2.3 Identificación del Agresor en la violencia psicológica

El 66,2% de las usuarias indicaron como agresor de la violencia psicológica que sufren a su pareja actual, y al 22,3% a su ex pareja.

Agresor	n	%
Novio	1	0,7
Sobrina	1	0,7
Prima	1	0,7
Padrastro	2	1,4
Hermana/o	3	2,0
suegra	3	2,0
Madre	4	2,7
Padre	6	4,1
No desea contestar	7	4,7
Ex pareja	33	22,3
Pareja actual	98	66,2
Total	**148**	**100**

Tabla 22. Identificación del Agresor en la Violencia Psicológica. n:148

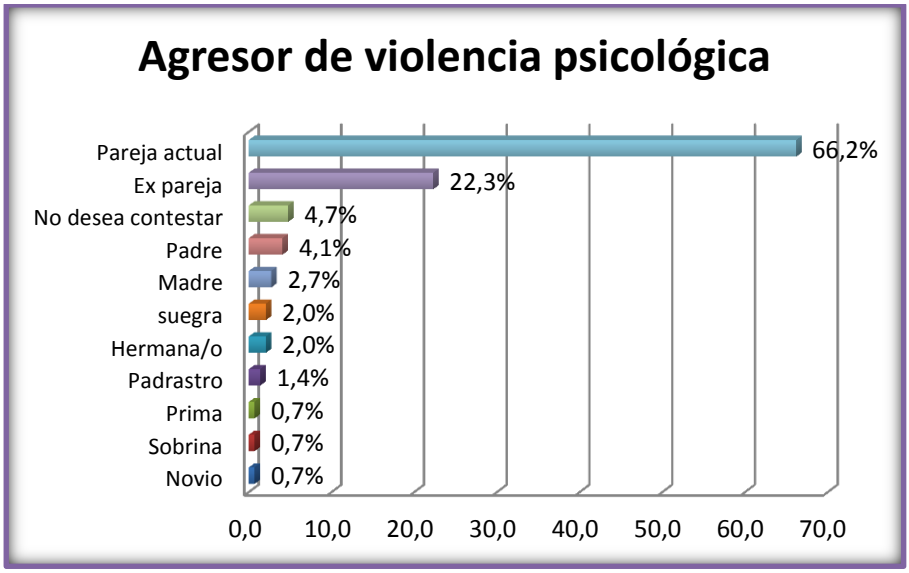

Figura 22. Identificación del Agresor en la Violencia Psicológica. n: 148

IV.2.2.4 Momento de la Agresión Psicológica

El 79,1% de las usuarias fueron agredidas psicológicamente durante la adultez y el 41,9% durante la adolescencia. El 31,8% reportó la agresión psicológica durante el embarazo y el 20,9% durante el post-parto. El 6,8% reveló que la agresión psicológica fue durante la niñez.

Momento de la agresión psicológica	n	%
Niñez	10	6,8
Post-parto	31	20,9
Embarazo	47	31,8
Adolescencia	62	41,9
Adultez	117	79,1
Total	**148**	**100**

Tabla 23. Momento de la agresión psicológica. n: 148

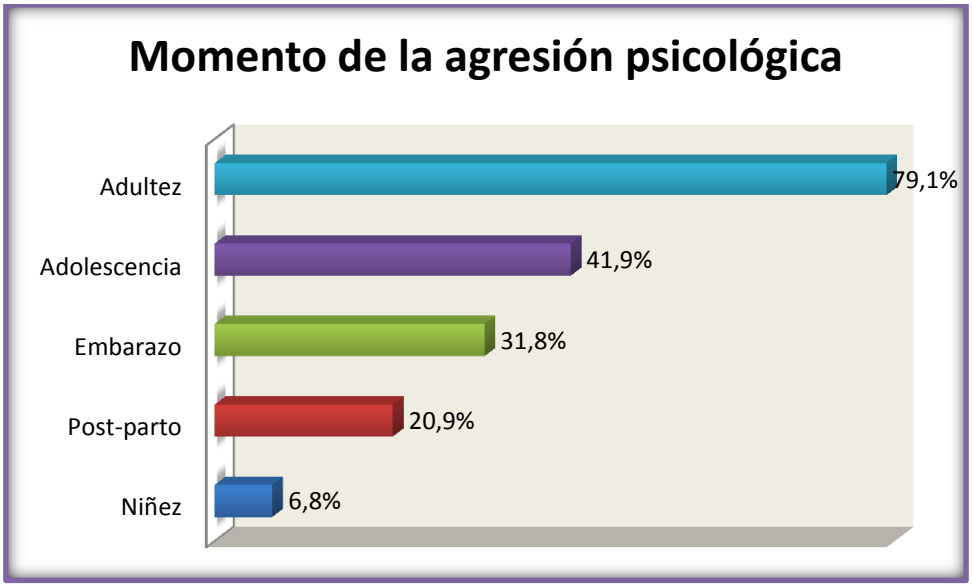

Figura 23. Momento de la agresión psicológica. n: 148

IV.2.2.5 Frecuencia de la Agresión Psicológica

El 64,2% indicó que la agresión psicológica sucede habitualmente/siempre y el 33,8% sufrió agresiones psicológicas más de una vez. El 68,9% reveló que actualmente suceden las agresiones psicológicas en su hogar.

Frecuencia de la agresión psicológica	n	%
1 vez	3	2,0
mas 1 vez	50	33,8
Habitual /siempre	95	64,2
Sucede actualmente	102	68,9
Total	**148**	**100**

Tabla 24. Frecuencia de la agresión psicológica. n: 148

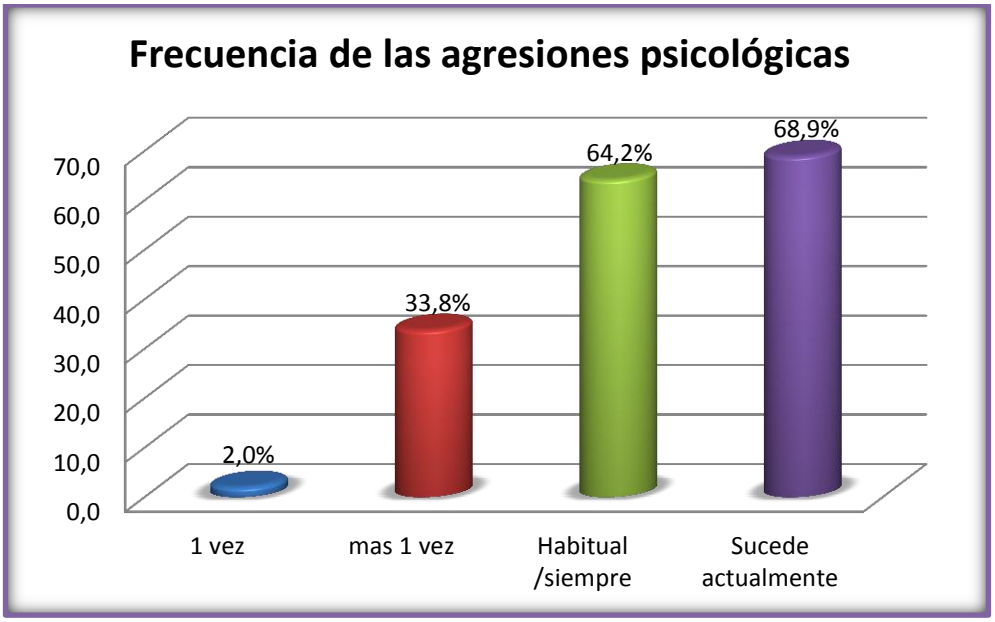

Figura 24. Frecuencia de la agresión psicológica. n:148

IV.2.3 VIOLENCIA SEXUAL

El 50% de las usuarias encuestadas señalaron que sufrieron algún tipo de violencia sexual.

Violencia Sexual	n	%
SI	86	50,0
NO	86	50,0
Total	**172**	**100**

Tabla 25. Violencia Sexual. n: 172

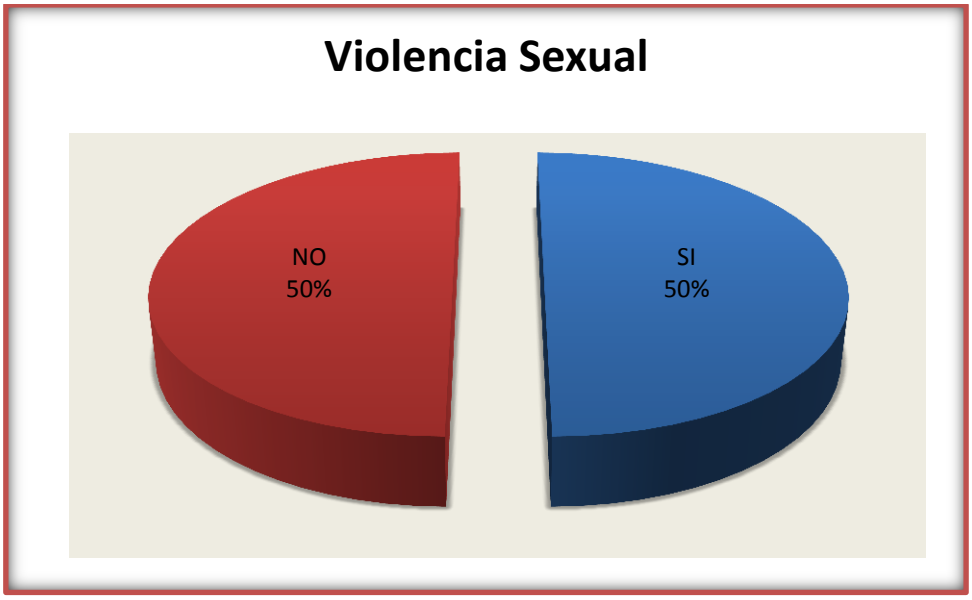

Figura 25. Violencia Sexual. n: 172

IV.2.3.1 VIOLACIÓN SEXUAL

El 27,9% de las usuarias fueron violadas en algún momento de su vida.

Violación sexual	n	%
SI	48	27,9
NO	124	72,1
Total	**172**	**100**

Tabla 26. Violación sexual. n: 172

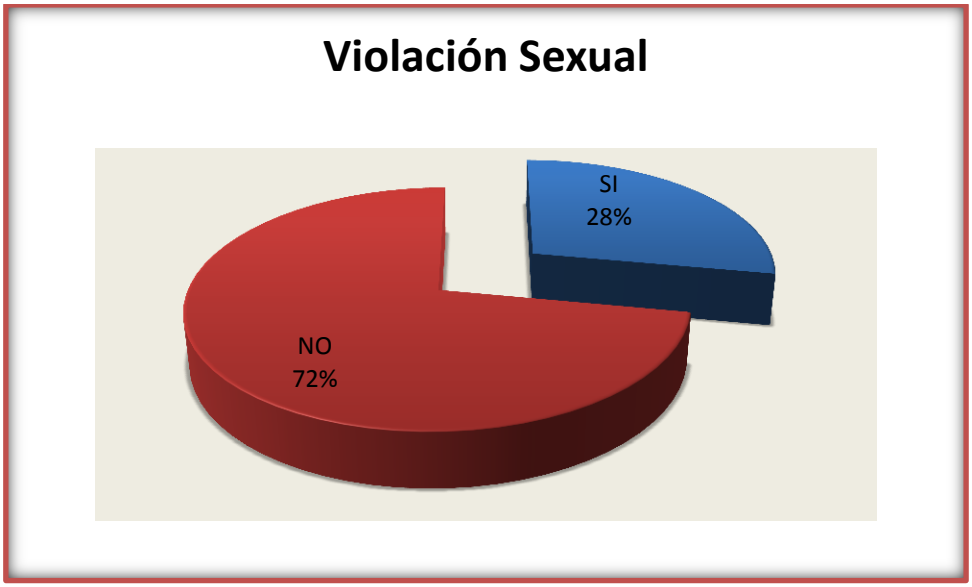

Figura 26. Violación sexual. n: 172

IV.2.3.1.2 Perpetrador de la Violación Sexual

El 31,3% de las mujeres encuestadas señalaron como autor de la violación a su pareja actual. El 25% indicó a su ex pareja como el perpetrador. El 10,4% reveló que el autor de las violaciones sexuales fue el padre. Un 8,3% no deseó contestar.

Perpetrador	n	%
Abuelo	1	2,1
Cuñada	1	2,1
Padrastro	1	2,1
Tía	1	2,1
Extraño	1	2,1
Hermano	2	4,2
Tíos	2	4,2
Vecino	2	4,2
Primos	3	6,3
No desea contestar	4	8,3
Padre	5	10,4
Ex pareja	12	25,0

Pareja/actual	15	31,3
Total	**48**	**100**

Tabla 27 Perpetrador de la Violación Sexual. n: 48

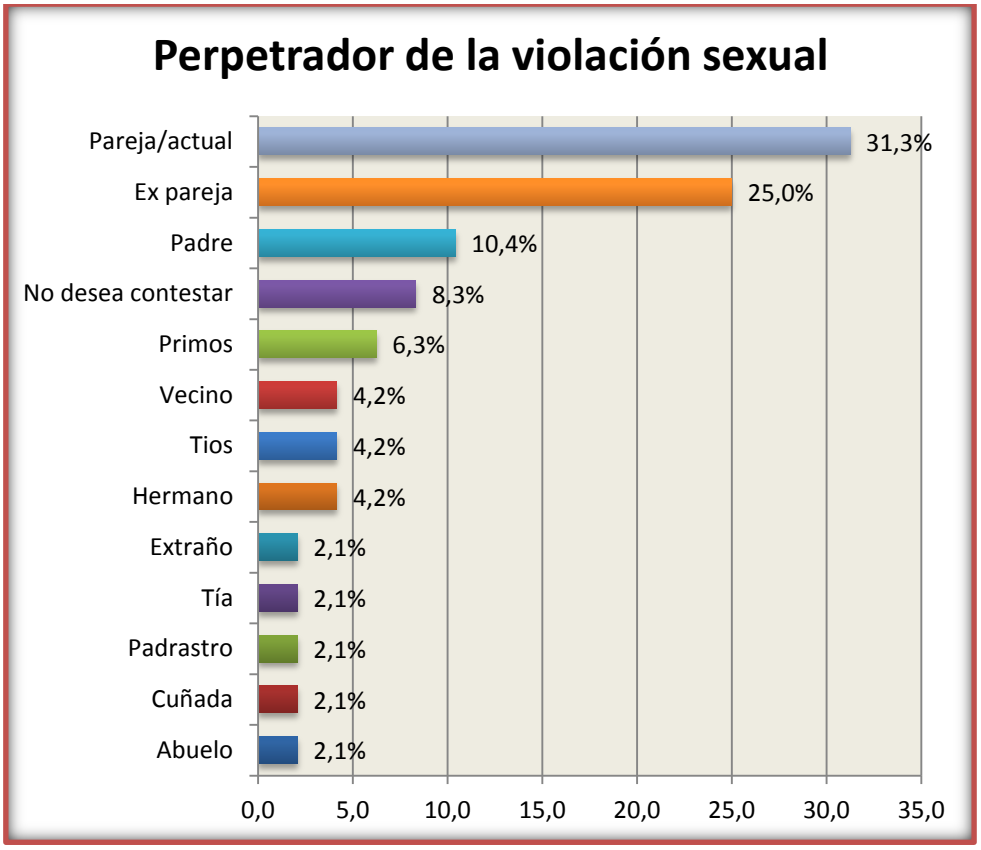

Figura 27. Perpetrador de la Violación Sexual. n: 48

IV.2.3.1.3 Momento de la Violación Sexual

Del total de mujeres que fueron violadas sexualmente, el 58,3% vivió la agresión durante la adolescencia. El 50% durante la adultez, el 22,9% durante la niñez. El 10,4% fue violada estando embarazada y otro 10,4% durante el post parto.

Momento de la violación sexual	n	%
Adolescencia	28	58,3
Adultez	24	50,0
Niñez	11	22,9

Embarazo	5	10,4
Post-parto	5	10,4
No desea contestar	1	2,1
Total	**48**	**100**

Tabla 28. Momento de la Violación Sexual. n: 48

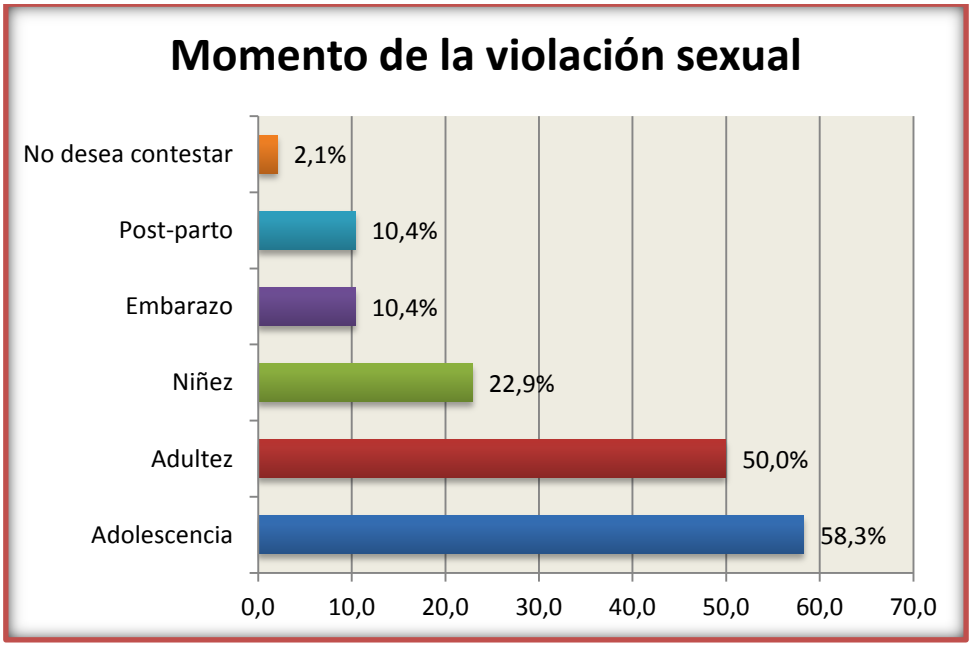

Figura 28. Momento de la Violación Sexual. n: 48

IV.2.3.1.4 Frecuencia de la violación sexual

Del total de mujeres que fueron violadas, el 47,9% declaró que sucede de forma habitual o siempre. El 18,8% indicó que sucedió sólo una vez, y en el 31,3% más de una vez. El 33,3% reveló que las violaciones suceden actualmente.

Frecuencia de la violación sexual	**n**	**%**
Habitual/Siempre	23	47,9
Sucede actualmente	16	33,3
Más de 1 vez	15	31,3
1 vez	9	18,8
No desea contestar	1	2,1
Total	**48**	**100**

Tabla 29. Frecuencia de la Violación Sexual. n: 48

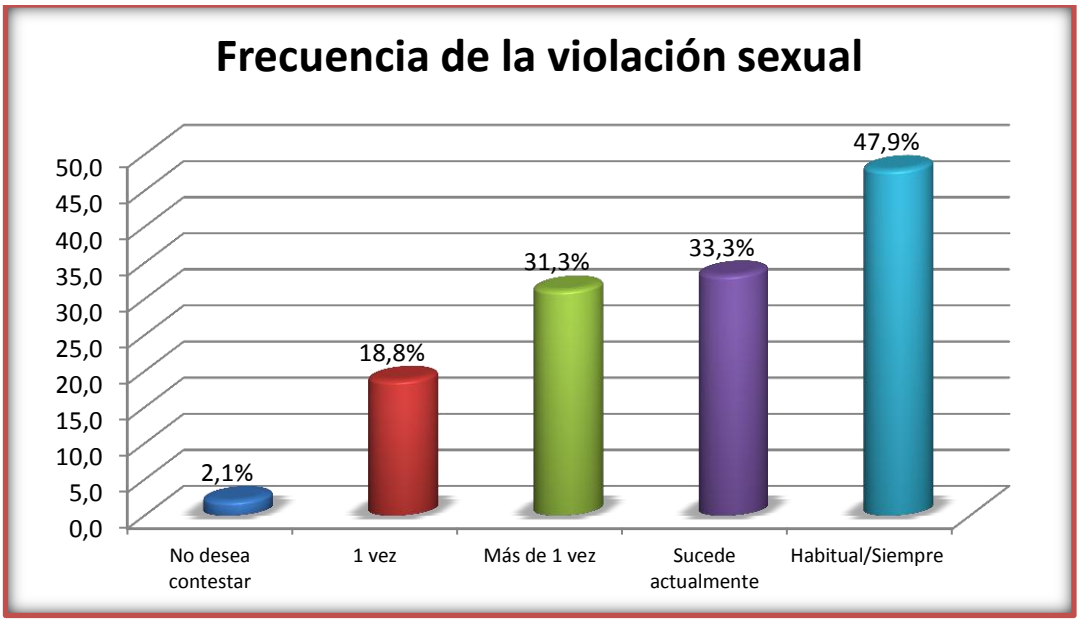

Figura 29. Frecuencia de la Violación Sexual. n: 48

IV.2.3.1.5 Usuarias violadas actualmente

El 31,3% de las mujeres que sufren violaciones al momento de realizarse la encuesta de investigación, tienen entre 26 y 31 años. El 25% tienen entre 32 y 37 años; y el 18,75% tienen entre 38 y 43 años.

Sucede actualmente	**n**	%
20-25	1	6,3
26-31	5	31,3
32-37	4	25,0
38-43	3	18,8
44-49	2	12,5
50-51	1	6,3
Total	16	100

Tabla 30. Edades de las usuarias que sufren violaciones al momento de la encuesta. n: 16

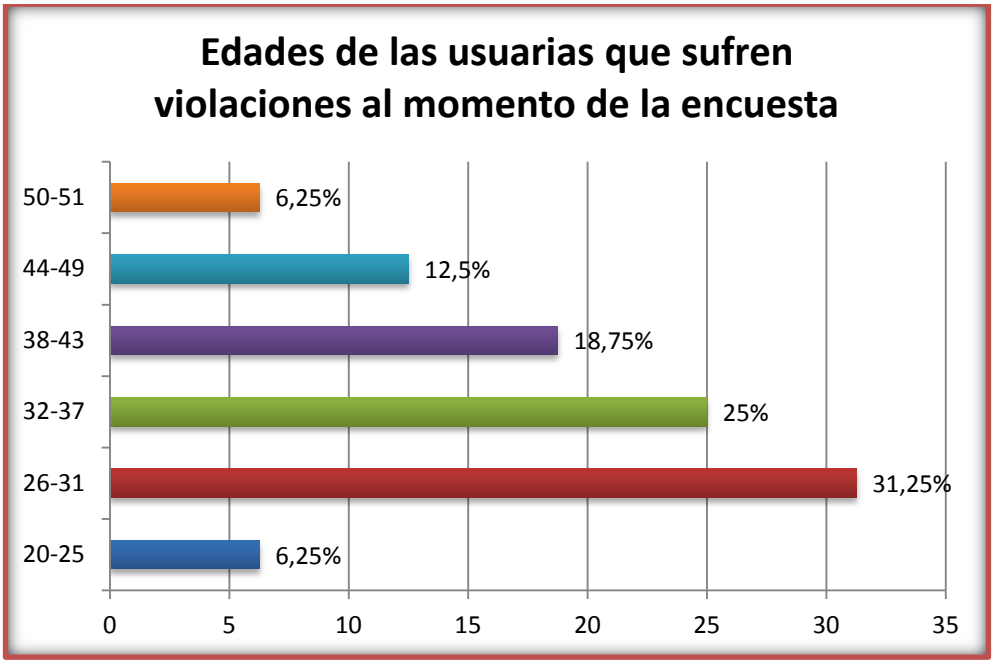

Figura 30. Edades de las usuarias que sufren violaciones al momento de la encuesta. n: 16

IV.2.3.2 ABUSO Y DOMINACIÓN SEXUAL

El 38% de las usuarias sufrieron en algún momento de sus vidas abusos y/o dominación sexual.

Abuso /dominación sexual	n	%
SI	38	22,1
NO	134	77,9
Total	**172**	**100**

Tabla 31. Abuso/dominación sexual. n: 172

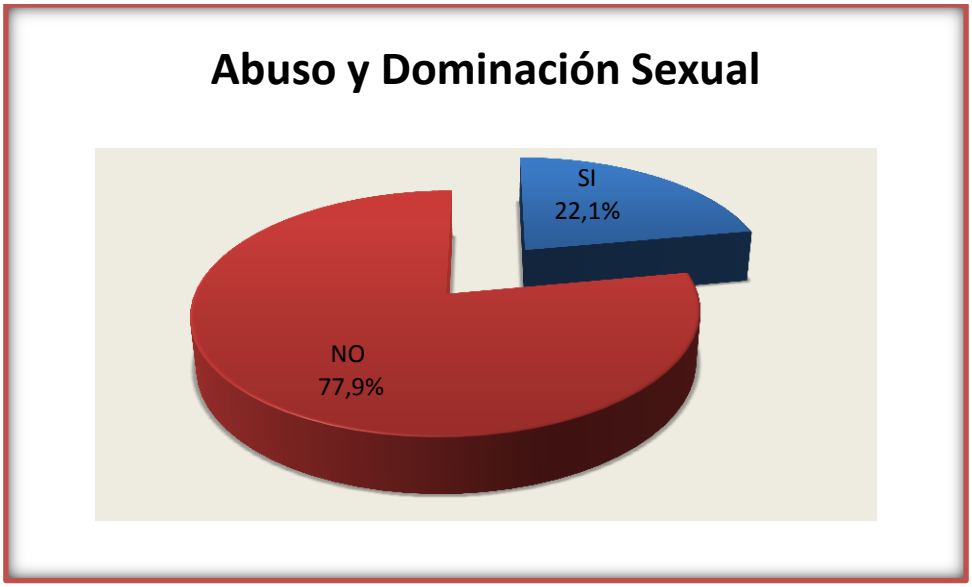

Tabla 31. Abuso/dominación sexual. n: 172

IV.2.3.2.1 Golpes en las relaciones sexuales

Del total de mujeres que revelaron padecer abusos y/o dominación sexual, el 60,5%son golpeadas en las relaciones sexuales.

Golpes en las relaciones sexuales	n	%
SI	23	60,5
NO	15	39,5
Total Abuso y dominación sex	**38**	**100**

Tabla 32. Golpes en las relaciones sexuales. n: 38

Figura 32. Golpes en las relaciones sexuales. n: 38

IV.2.3.2.2 Forzado a relaciones sexuales durante la enfermedad

Del total de usuarias que sufren abusos y/o dominación sexual, el 84,2% indicó que son obligadas a tener relaciones sexuales estando enfermas.

Forzado a relaciones sexuales estando enferma	**n**	**%**
SI	32	84,2
NO	2	5,3
No desea contestar	4	10,5
Total abuso y/o dominación sexual	**38**	**100**

Tabla 33. Forzado a relaciones sexuales en la enfermedad. n: 38

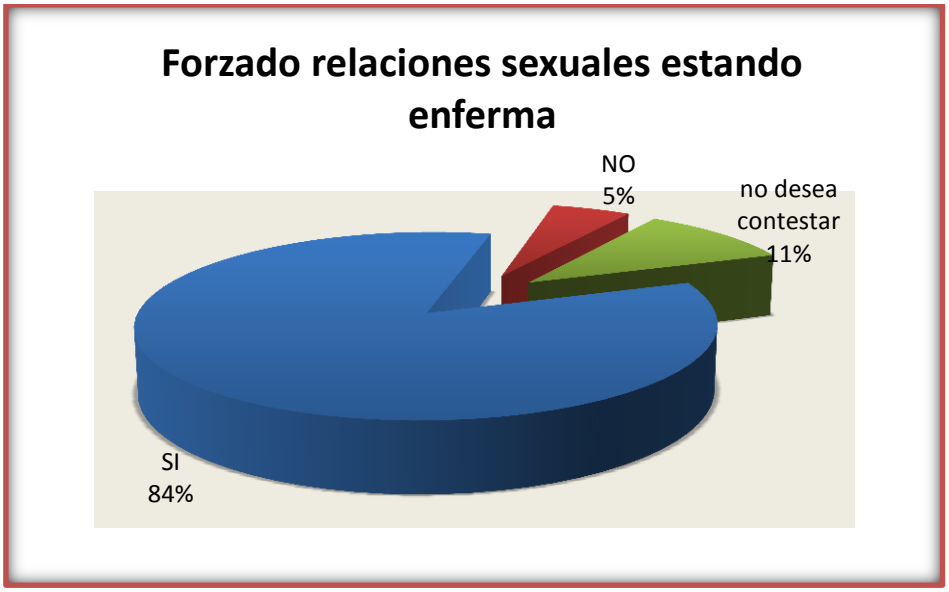

Figura 33. Forzado a relaciones sexuales en la enfermedad. n: 38

IV.2.3.2.3 Forzado a relaciones sexuales con otras personas

Del total de mujeres que sufren abuso y/o dominación sexual, el 7,9% reveló que fueron forzadas a tener relaciones sexuales con otras personas.

Forzado a relaciones sexuales con otras personas	**n**	**%**
SI	3	7,9
NO	34	89,5
No desea contestar	1	2,6
Total abuso y/o dominación sexual	**38**	**100**

Tabla 34. Forzado a relaciones sexuales en la enfermedad. n:38

Figura 34. Forzado a relaciones sexuales en la enfermedad. n:38

IV.3 CONSECUENCIAS POR LAS LESIONES

IV.3.1 SEVERIDAD DE LAS LESIONES DERIVADAS

Del total de las lesiones derivadas descriptas por las usuarias encuestadas, el 47,5% eran de grado moderadas, el 30,5% eran leves y el 22% graves.

Severidad de lesiones derivadas	n	%
Leves	68	30,5
Moderadas	106	47,5
Graves	49	22,0
Total	**223**	**100**

Tabla 35. Lesiones derivadas de la violencia. n: 223

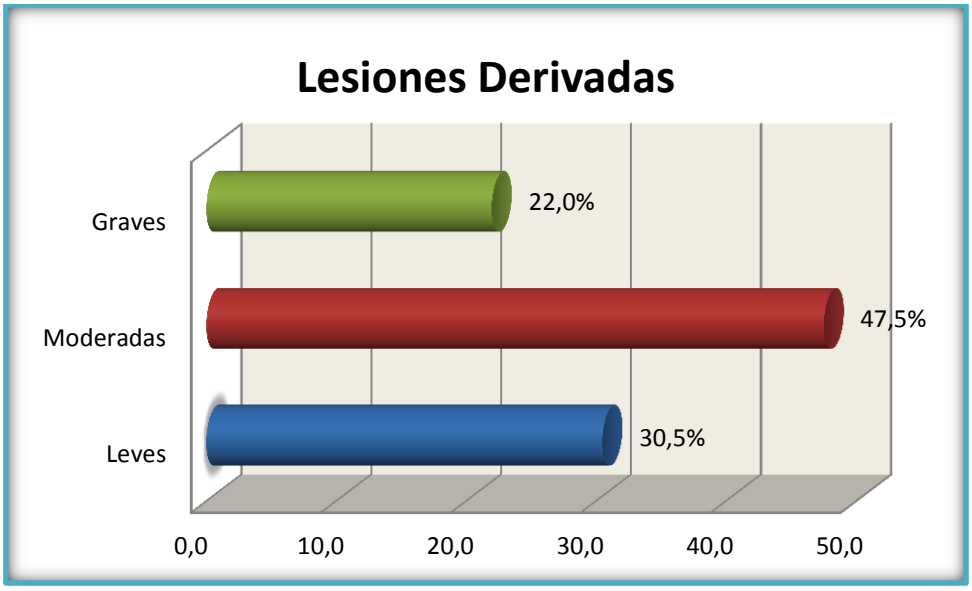

Figura 35. Lesiones derivadas de la violencia. n: 223

IV.3.1.1 Lesiones derivadas leves

Dentro de las lesiones derivadas leves, el 88,2% corresponden a moretones, el 36,8% a rasguños, y el 32,4% a cortes en el cuerpo.

Lesiones Derivadas Leves	n	%
Cortes	22	32,4
Mordiscos	1	1,5
Moretón	60	88,2
Rasguños	25	36,8
Otro	8	11,8
Total lesiones derivadas leves	**68**	**100**

Tabla 36. Lesiones derivadas leves. n: 68

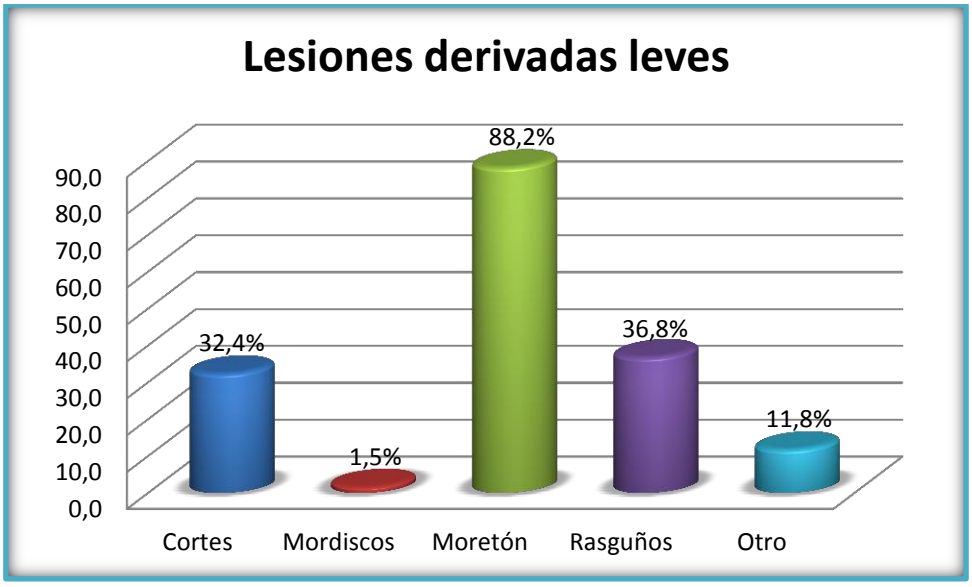

Figura 36. Lesiones derivadas leves. n: 68

IV.3.1.2 Lesiones derivadas moderadas

Del total de lesiones derivadas moderadas, el 85,8% corresponden a miedo, el 83% sufre deterioro de la autoestima y el 81,1% padece insomnio. El 61,3% reveló un bajo rendimiento, el 40,6% desertó de la escuela o el trabajo como producto de la violencia vivida. El 26,4% tiene predisposición a los antidepresivos, el 18,9% sufrió pérdida del conocimiento y el 16% tiene lesiones en los ojos u oídos. El 7,5% indicó como lesiones huesos rotos, el 5,7% sufrió quemaduras.

Lesiones derivadas Moderadas	**n**	**%**
Otro	5	4,7
Quemaduras	6	5,7
Huesos rotos	8	7,5
Lesiones ojos/oídos	17	16,0
Pérdida del conocimiento	20	18,9
Predisposición antidepresivos	28	26,4
Deserción laboral/escolar	43	40,6
Bajo rendimiento	65	61,3
Insomnio	86	81,1

Deterioro autoestima	88	83,0
Miedo	91	85,8
Total lesiones moderadas	**106**	**100**

Tabla 37. Lesiones derivadas moderadas. n: 106

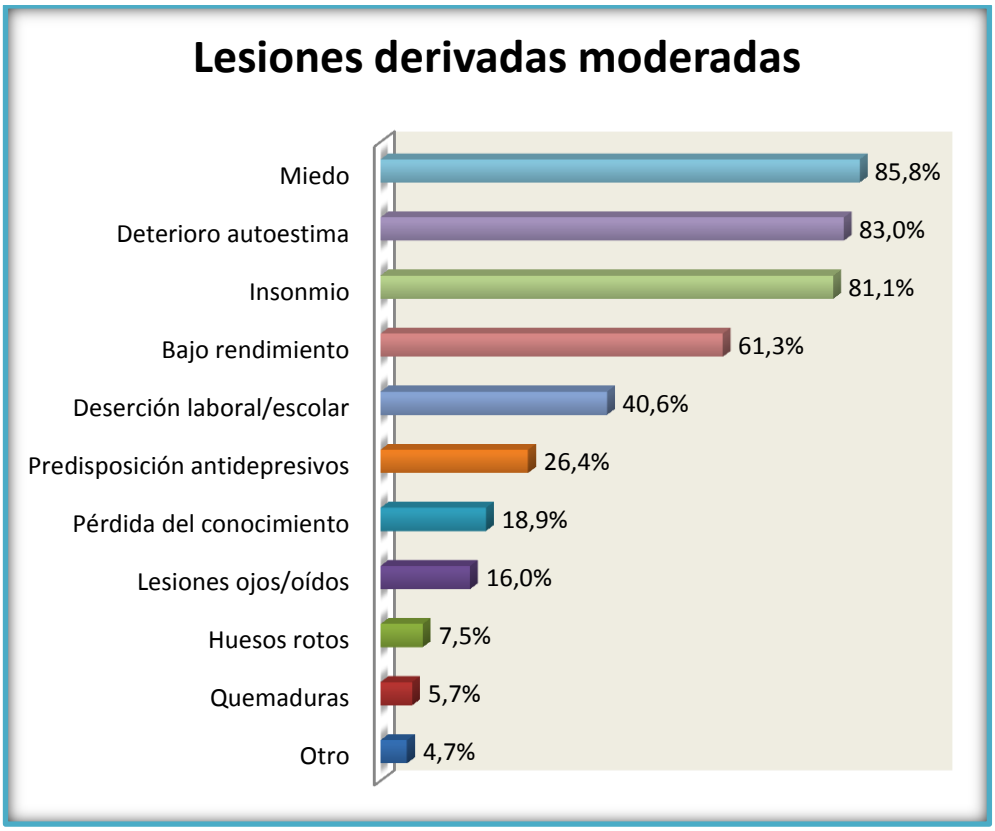

Figura 37. Lesiones derivadas moderadas. n:106

IV.3.1.3 Lesiones derivadas graves

Del total de lesiones derivadas graves, el 69,4% corresponden a intento de suicidio. El 38,8% sufrieron partos inmaduros o prematuros; el 30,6% padecieron aborto.

Lesiones Derivadas Graves	n	%
Intento suicidio	34	69,4
Parto inmaduro/prematuro	19	38,8
Aborto	15	30,6
Otro	4	8,2

Total lesiones graves	**49**	**100**

Tabla 38. Lesiones derivadas graves. n: 49

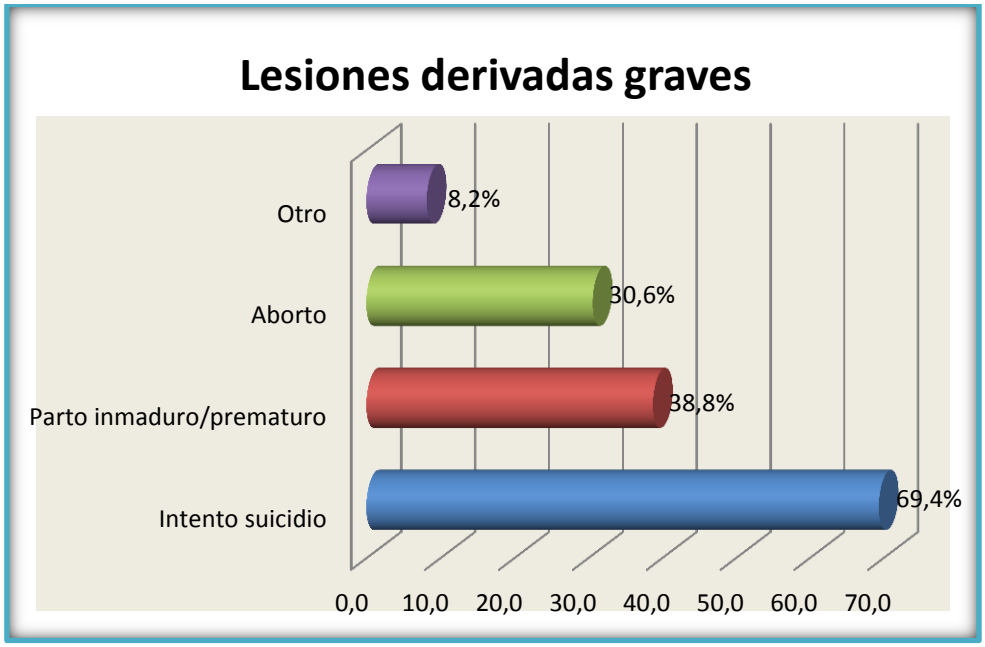

Figura 38. Lesiones derivadas graves. n: 49

IV.4 CARACTERIZACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA

IV.4.1 AYUDA Y ASISTENCIA

IV.4.1.1 A quién comentan su experiencia de violencia

El 51.7% de las usuarias encuestadas no comentan su experiencia de violencia con nadie. El 22,1% lo comenta dentro de la familia. El 12,8% prefirió no contestar, y el 12,2% lo habla con sus amigos. El 4,1% comentan su experiencia de violencia con la policía y otro 4,1% el con personal de salud.

Comentan experiencia	n	%
Líderes religiosos	0	0,0
Personal salud	7	4,1
Policía	7	4,1
Amigos	21	12,2

ns/nc	22	12,8
Familia	38	22,1
Nadie	89	51,7
Total	**172**	**100**

Tabla 39. A quién comentan su experiencia de violencia. n: 172

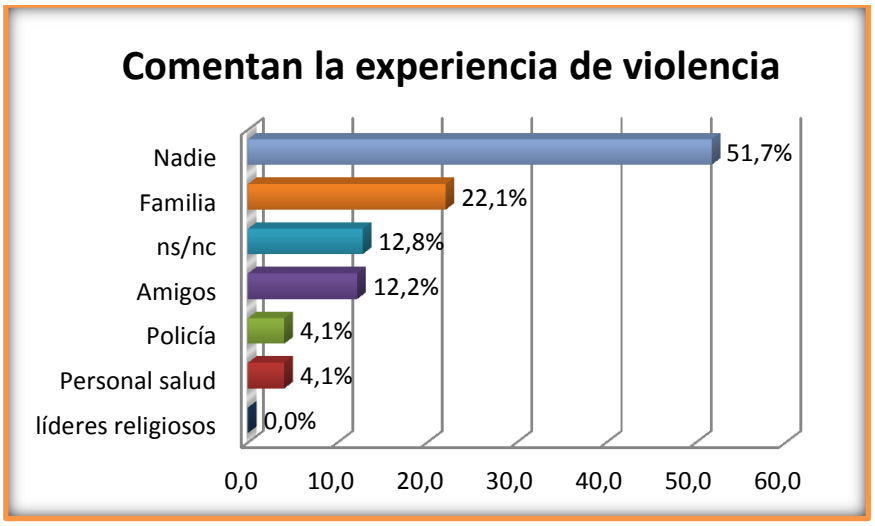

Figura 39. A quién comentan su experiencia de violencia. n: 172

IV.4.1.2 Quiénes ayudan o tratan de ayudar

El 62,8% de las usuarias encuestadas refirieron que “nadie” las ayudó. El 15,7% indicó a la familia como sujeto de ayuda ante la violencia. El 6,4% señaló a los amigos, y el 2,9% reveló que el personal de salud prestó su ayuda ante los casos de violencia. La policía corresponde en 1,2% y los líderes religiosos estuvieron ausentes. El 12,8% prefirió no contestar.

¿Quién ayuda?	n	%
líderes religiosos	0	0
otro	1	0,6
Policía	2	1,2
Personal salud	5	2,9
Amigos	11	6,4
ns/nc	22	12,8
Familia	27	15,7

Nadie	108	62,8
Total	**172**	**100**

Tabla 40. Quiénes ayudan o tratan de ayudar. n: 172

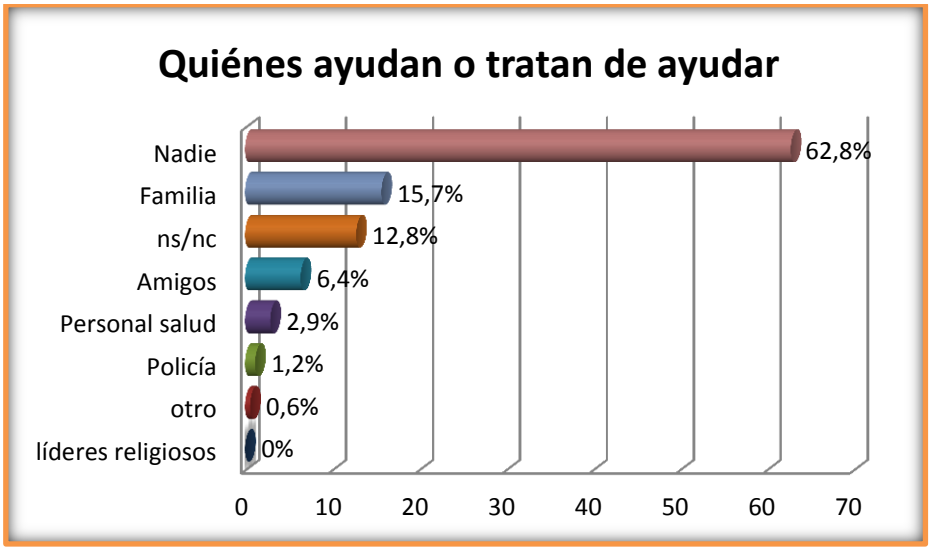

Figura 40. Quiénes ayudan o tratan de ayudar. n: 172

IV.4.1.3 Búsqueda de ayuda

El 63,4% no buscó ayuda. El 37,2% no sabía a dónde acudir por ayuda. El 11,6% asistió a la comisaría. El 14% prefirió no contestar.

Búsqueda de ayuda	**n**	**%**
Refugio	0	0,0
Centro de ayuda para la mujer	0	0,0
Asociación/ONG	0	0,0
Otro	1	0,6
Comisaría	20	11,6
ns/nc	24	14,0
No sabía dónde acudir	64	37,2
No buscó ayuda	109	63,4
Total	**172**	**100**

Tabla 41. Búsqueda de ayuda. n: 172

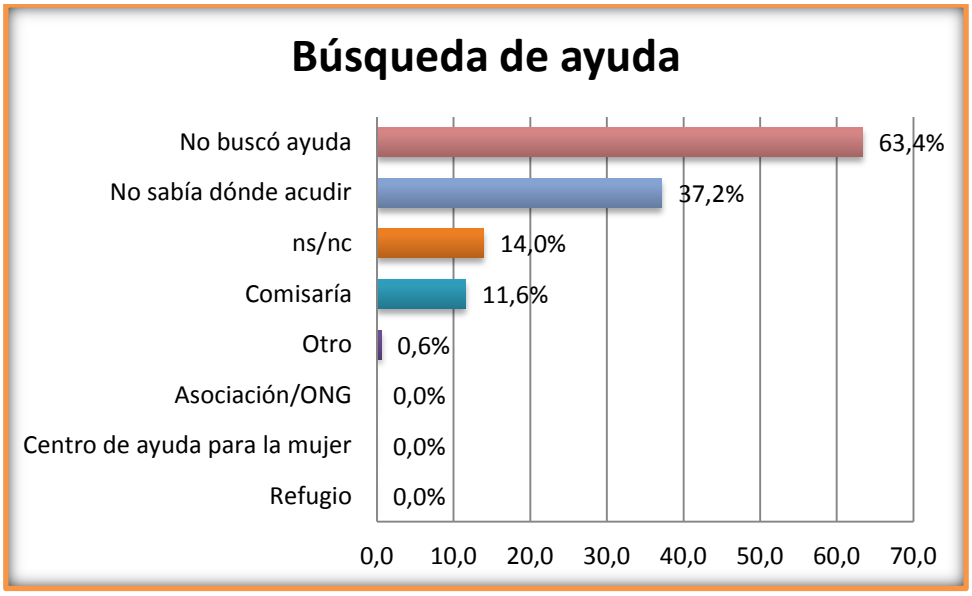

Figura 41. Búsqueda de ayuda. n: 172

V. Discusión- Conclusión

Los resultados de esta investigación son concluyentes y alarmantes. De los 172 cuestionarios que se tomaron como válidos, el 88,4% reportó algún tipo de violencia. La violencia psíquica es la que se presentó con mayor frecuencia (86%), siguiendo la violencia física con 64,5%, y la violencia sexual con un 50%.

Si bien estos resultados no son metodológicamente comparables con la mayoría de los estudios realizados a nivel mundial sobre prevalencia de violencia contra la mujer, es factible analizar y comparar algunos reactivos sobresalientes de dichas investigaciones. Más allá de la metodología utilizada, en todos los estudios valorados, la violencia física se presentó en primer lugar, seguida de la violencia psicológica y luego sexual. En general, así se presenta el patrón de frecuencia.

Pero para esta investigación, la violencia psicológica prevaleció muy por encima de los demás tipos de violencia estudiados. Los valores de la investigación mexicana de COVAC (12), es la que permite en ese sentido, una mejor comparación, no sólo por sus características socio culturales, sino también por estar inmersa en una sociedad de fuerte predominio patriarcal, como lo es la región de los Altos. No obstante, y a pesar de los cuantiosos resultados del estudio mexicano, éstos fueron superados por la presente investigación. La violencia psicológica en las usuarias de Los Altos estuvo un 10% por arriba del estudio mexicano, y la violencia sexual se presentó en un 18% más. Incluso estos valores son muy superiores a los estudios argentinos de la OPS (11), y a los de Pontecorvo (20), que informan maltrato contra las mujeres entre 50% y 45% respectivamente.

Si se comparan las cifras con las magras estadísticas provinciales, deja en evidencia una espantosa situación de violencia. A pesar que los registros de la provincia demuestran un claro aumento de casos de violencia contra la mujer, los resultados obtenidos aquí sobrepasan cualquier expresión de maltrato registrado estadísticamente.

En el estudio multipaís (7) de la OMS muestra de relieve resultados muy variables y extremos de violencia física entre los 15 países participantes; pero también fueron superados por las cifras obtenidas en esta investigación. Perú fue el único país estadísticamente comparable, ya que presentó una prevalencia de violencia física alta 61%, mientras que aquí se halló un 64,5%.

La violencia sexual quedó expuesta en tercer lugar del patrón de frecuencia, y aunque sus datos fueron menores a los otros dos tipos de violencia, sus valores también fueron muy superiores a los esperados. La violencia sexual se presentó para los demás estudios entre el 6% y 32%, como lo es en este último caso el estudio mexicano de COVAC (12); pero los valores obtenidos aquí sólo se pueden comparar con los resultados obtenidos con el estudio multipaís de la OMS (7), donde en Etiopía la prevalencia de violencia sexual se presentó en un 59%. País que no contempla en su legislación las penas por violencia doméstica, donde las violaciones de guerra son uno de los armamentos más importantes y donde no es delito la violación dentro del matrimonio (7).

El grado de severidad de la violencia física también fue alto, tanto para la violencia leve, moderada o grave. Sobresalen los empujones y cachetadas para la violencia leve; golpes de puño, patadas y palizas en la violencia moderada; como los intentos de ahorcamiento y golpes con objetos para la violencia física grave. Las usuarias

reconocen esta situación de agresividad física en la adultez (62%), pero también se presentó en un gran porcentaje en la adolescencia (55%) y durante el embarazo (29%) e incluso en el post parto (21%). Más de la mitad de la población encuestada, reveló que estas agresiones suceden de forma habitual. El agresor en la gran mayoría de los casos fue su pareja actual o su ex pareja (77%).

Para el comportamiento dominante, el 65% de las hombres obligan a sus parejas a saber dónde está; el 60% las obliga a cuidarse o por el contrario a tener más hijos de los que ella desea. Y el 58% no les permite trabajar o estudiar. Esta relación tiránica se ve perpetrada por la pareja actual (66%), y en menor porcentaje por su ex pareja (22%), que a pesar de ya no convivir con ella mantiene su abuso autoritario.

La agresión psicológica se presentó a lo largo de todas las edades de las usuarias, sobresaliendo la adultez con casi un 80%. El 69% informó que las agresiones sucedían en la actualidad.

La mitad de todas las encuestadas revelaron algún tipo de violencia sexual. El 28% indicó que fue violada por su propia pareja, ya sea actual o ex, por su padre, primos, hermanos, tío o abuelo. Ocurriendo mayormente durante la adolescencia o la adultez, y en un 22% durante la niñez. La mitad de estas mujeres son violadas habitualmente, y el 33% reveló que las violaciones en la pareja sucedían en la actualidad. El 60% recibe golpes durante las relaciones sexuales; en su mayoría son forzadas a tener relaciones sexuales sin importar si están cursando alguna enfermedad. No es más que otra expresión de dominación y tiranía sobre la mujer, donde la humillación, la crueldad, el dolor físico, y el abuso mismo entremezcla y deshace cualquier clasificación que pueda hacerse sobre la violencia contra la mujer.

De la observación de las tablas y figuras de violencia sexual, surgen dos datos importantes que es necesario destacar. De las 48 mujeres que declararon haber sido agredidas sexualmente, 32 dijeron haber sido forzadas a tener relaciones sexuales cursando alguna enfermedad. Sin embargo, sólo 27 declararon en primera instancia haber sufrido agresión durante el acto sexual. Esto significa que no consideraron ante el interrogante de violencia sexual, que el forzado a tener relaciones sexuales y más aún durante afección, es un acto de violencia.

De las tres mujeres que indicaron que fueron obligadas a tener relaciones sexuales con otras personas, sólo dos de ellas habían informado en primera instancia que vivió en algún momento de su vida algún tipo de agresión sexual. Es decir, que esta última paciente no contempló que el obligarla a tener relaciones sexuales con otras personas es una forma de violencia.

La violencia durante el embarazo se presentó en un 29% para la violencia física, en un 31% para la violencia psicológica y un 10% para la violencia sexual. Estos valores concuerdan únicamente con el estudio mexicano del Estado de Morelos (49), donde se analizó en mujeres usuarias de un hospital público, la prevalencia de violencia en embarazadas (33%). Para el resto de todas las investigaciones analizadas sobre violencia durante el embarazo, los valores aquí descubiertos están muy por encima de los hallados en la literatura especializada internacional.

Observando que, las mujeres embarazadas golpeadas corren cuatro veces más riesgos de tener niños con bajo peso, y que se asocia con partos prematuros, amenaza de abortos, abortos y muerte fetal, los resultados obtenidos en este estudio son correlativos con la

frecuencia detectada de violencia durante el embarazo y las lesiones derivadas: el número de partos inmaduros/prematuros que se halló (39%) y el alto porcentaje de abortos causados a raíz de la violencia que sufrieron estas mujeres (30%). Durante el período puerperal, con mínimas variaciones, las cifras de violencia casi no se modifican.

La pareja actual o su ex pareja estuvieron presentes como principales perpetradores para todos los tipos de violencia descriptos. Estos datos coinciden con los reportados por la literatura internacional del tema. Pero aquí también aparecen otros actores, aunque en menor medida, como el padre, primos, hermanos, tíos, padrastro y abuelo. Esto deja en claro que la violencia contra la mujer, cualquiera sea su tipo, se da básicamente dentro del seno familiar; ya sea la familia biológica o la familia extendida. Dato no menor que debe tenerse en cuenta a la hora de elaborar programas de detección y acción contra la violencia de género.

La mitad de las lesiones derivadas informadas corresponden a lesiones moderadas. Entre ellas las de aspecto psicológico son las mas relevantes; como el miedo, el deterioro de la autoestima y el insomnio. Entre las lesiones derivadas leves, aparecen los moretones y los rasguños; y en las lesiones derivadas graves 34 mujeres intentaron suicidarse, significando ésta última cifra un 15% dentro de todas las lesiones derivadas descriptas.

En cuanto a la ruta crítica, la mitad de las mujeres encuestadas no contaban su experiencia de violencia sufrida con nadie. Consideran que nadie las ayuda, pero tampoco buscaron ayuda, no saben a dónde acudir. Llama la atención que ni siquiera los centros religiosos de la zona se presten a acompañar y amparar a estas usuarias víctimas de violencia.

Según el estudio multipaís de la OMS (7), en las investigaciones cualitativas se muestran de forma sistemática que las mujeres consideran el maltrato psíquico más devastador que la violencia física. Quizás, esta sea una de las principales razones que explican la variedad en el patrón de frecuencia que se halló en este estudio. La violencia psicológica prevaleció ante los demás tipos de violencia; no obstante los valores encontrados demuestran la superposición de todos los tipos de violencia.

La investigación de Valdez Santiago, recomienda incluir a las obstétricas/parteras dentro de los planes y programas para atender a la violencia intrafamiliar debido a su capacidad de identificar la violencia que padecen sus pacientes y a que su práctica permite una respuesta de apoyo directo a las mujeres maltratadas que lo solicitan. Me pregunto en qué medida esta teoría tiene correlación con los resultados obtenidos aquí. ¿Será el consultorio de planificación familiar el mejor contexto para hablar con las pacientes acerca de violencia?, aconsejar sobre temas tan íntimos como lo es la salud sexual y reproductiva, ¿será tal vez un camino que permite indagar con mayor efectividad sobre la violencia en las mujeres?, ¿o mi simple condición de obstétrica, que brinda consejería sobre métodos anticonceptivos, que controla el embarazo y que acompaña durante el trabajo de parto, parto y puerperio me habilita como la mejor opción para iniciar la ruta crítica?

Si la respuesta a estos interrogantes es sí, deberían incluirse de forma sistemática y urgente programas de capacitación y sensibilización para las obstétricas actuantes en todos los niveles de atención; para la atención de estas pacientes que requieren de forma imperiosa medidas de prevención y acción. La ruta crítica debe articularse con todas las entidades que atiendan en el tema,

involucrando los sistemas sanitarios, jurídicos y legales, organizaciones no gubernamentales y religiosos.

Una de las fortalezas de este estudio es que se obtuvo información de prevalencia y caracterización de la violencia en una región de alta marginación, donde no existían estudios previos sobre violencia hacia las mujeres en general.

El cargado de datos de las encuestas realizadas, se realizó en una base de datos que permite el múltiple cruce de variables que pueden responder algunos interrogantes no planteados en esta investigación. Pero al tratarse de un estudio descriptivo, estos cruces servirán para futuros estudios que busquen correlación o causas. Por ejemplo se podrá medir qué relación existe entre la edad de las mujeres encuestadas y la violencia padecida; el nivel educativo con la frecuencia de violencia, caracterizar al agresor de la violencia dentro de la familia biológica o extendida, determinar la edad de las pacientes que indicaron que sufrían de violencia en el momento de la encuesta o bien caracterizar a aquellas usuarias que indicaron intento de suicidio; ayudando a identificar en este último caso a las mujeres que están en riesgo potencial de suicidarse.

Entre las principales limitaciones de este estudio, es que no se contempló variables que representan a las respuestas de las mujeres ante los actos de violencia: si se defienden ante la violencia, cómo se defienden, si abandonan a sus parejas o por qué no lo hacen. Estas respuestas hubieran permitido una mayor comprensión del tema.

Otra limitación que se observa es que la población de referencia se restringe a aquellas personas que han requerido o solicitado algún tipo de atención en el consultorio de planificación familiar. Son

mujeres que requirieron atención por presentar alguna motivación en particular e individual, no siendo necesariamente extensiva al conjunto de mujeres que son víctimas de violencia.

En ese sentido, por ejemplo no están incluidas en este estudio las mujeres que fueron asesinadas o que suicidaron como respuesta ante la violencia padecida.

Hubo mujeres que no desearon participar y contestar de la encuesta planteada a pesar de la garantía del anonimato, del consentimiento informado y de las formas éticas y legales de la OMS. Era notable que el miedo prevalecía sobre la posibilidad de contar la experiencia vivida. Al respecto, Hercovic, (citado por Ramos Lira, 2001) en su trabajo de violencia sexual y problemas asociados, apunta que en los discursos dominantes sobre la violación, que son organizados por la racionalidad patriarcal, la mujer que es violada "verdaderamente" debe sentirse avergonzada y por tanto debe quedarse callada (51). Por lo que puede pensarse que este silencio no es más que otra expresión de afirmación encubierta de la violencia. Si no sufren de violencia, ¿por qué temen responder?

Este estudio descriptivo, intentó medir la ocurrencia de la violencia contra la mujer en usuarias que asistían a un centro de salud ubicado en un pueblo catamarqueño. A pesar del número de participantes en las encuestas, no se puede decir que la muestra haya sido representativa para toda de la provincia. Sin embargo, sirve en primera instancia como un estudio exploratorio que permite elaborar nuevas hipótesis de trabajo. No obstante, considero que es un importante esfuerzo para empezar a ahondar en un problema tan silenciado en nuestra sociedad.

Los alarmantes resultados obtenidos aquí, no pueden ni deben quedar en el olvido. Estos resultados nos obligan a continuar trabajando sobre esta realidad que ya no pertenece al terreno de lo privado, debe ser de interés público y abarcado de lleno como ningún otro problema de salud.

Es innegable que desde que se inició esta investigación al día de hoy, han existido cambios y medidas de apoyo a las mujeres víctimas de violencia, y que cada día se suman campañas de sensibilización y de denuncias, pero falta mucho aún por hacer.

En ese sentido el sistema de salud tiene importantes tareas por hacer, en las que debe incluir indudablemente capacitación al personal de salud para todos los niveles de atención. Estos programas alcanzarán su máxima utilidad si abarcan aspectos amplios de interacción y comunicación con las mujeres, con la sociedad y con los organismos gubernamentales y no gubernamentales. A decir de Collado Peña (2005) “no basta con curar las heridas, es necesario trabajar de manera integral con clara participación y comprometida, de forma interdisciplinaria e intersectorial de los distintos grupos sociales” (19). Esto permitirá la eliminación paulatina de actitudes y creencias que legitiman la violencia contra la mujer.

Bibliografía

1. Vera Bustos M, Loredo Abdala A, Perea Martínez A. Violencia contra la Mujer. Revista Facultad de Medicina. UNAM. 2002; 45(6).

2. Weltzer D, Lang P. Les Homes Violents. Cote- Femmes. París. 1992.

3. García Moreno C. Violencia contra la Mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud. Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación ocasional n°6; 2000;3-6.Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm.

4. Latorraca M, Mazzaferri C, Lenial S, Rivas Tornese A, Denamiel J, Jonte F, et al. Violencia Conyugal: más de siete razones para romper el silencio. Archivos de Medicina Familiar y General. 2007. 4(1), Disponible en: www.famfyg.org.ar

5. National Research Council. Understanding violence against women. Washington, DC: National Academy Prees. 1996.

6. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Nueva York, Naciones Unidas, 23 de Febrero de 1994 (Resolución N° A/RES/48/104).

7. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Resumen del informe, 2005.

8. Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. Resultados provinciales del Censo 2001. Información seleccionada. Disponible

en:
http://www.indec.mecon.gov.ar/webcenso/provincias_2/provincias.asp

9. Cao L. Papel de la partería para una maternidad sin riesgos en México: ¿tradición o profesión? En: Elu MC y Santos E, editores. Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. México: FNUAP Population Council. 1999; 195-205.

10. Heise L. Violencia contra la Mujer: la carga oculta de salud. OPS. Washington, D.C.: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. 1994.

11. Organización Panamericana de la Salud. Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario. OPS. Washington, D.C. 1998.

12. Duarte P. Encuesta de opinión pública sobre la incidencia de violencia en la familia. Asociación Mexicana contra la violencia hacia las mujeres, A.C. (COVAC). México, D.F.: Fondo de Población de las Naciones Unidas/Procuraduría General de la Justicia del Distrito Federal. 1995.

13. Gómez Dantés H, Vázquez Martínez JL, Fernández Cantón SB. La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA. Salud Pública. México. 48 supl 2: 279-287. 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v48s2/31384.pdf

14. Ramírez Rodríguez J, Patiño Guerra MC. Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica: resultados de un estudio piloto. Cad. Saúde Públ., Río de Janeiro. 1996; 12(3), 405-409.

15. Fundación Mujeres. Observatorio de la violencia de género. Estadísticas de violencia doméstica en España contra las mujeres.

[Sede Web]. Madrid. [Acceso 16 de Febrero de 2010]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org.

16. Bianco M, Mariño A, Ré MI. Violencia contra las mujeres y VIH en el Mercosur. La situación en Argentina. 2008. Disponible en: http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/Publicacion_VIH_SIDA+violencia.pdf

17. Asociación Civil La Casa del Encuentro. Informe de investigación de Femicidios en Argentina 1° de Enero al 31 de Diciembre de 2010. Disponible en: http://www.lacasadelencuentro.com.ar/descargas/informe_de_femicidios_en_argentinaa_anio_2010.pdf

18. De Brun M. La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. 2° ed. Carolina del Norte. 2003; 11-21.

19. Collado Peña, S, Villanueva Egan L. Violencia Familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Artículo de Revisión. Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. México. 2005; (73) 250-260.

20. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanás R, et al. Detection of domestic violence against women. Survey in a primary health care clinic. Medicina. 2004; 64(6), 492-496.

21. Valdez Santiago R, Sanín Aguirre L. La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. Salud Pública México. México.1996; Vol. 38;352-362.

22. Alvarado Zaldívar G, Salvador Moysén J, Estrada Martínez S, Terronés González A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. Salud Pública México. México. 1998; 40:481-486.

23. PubMed [Base de datos en internet]. Berenson AB, Wiemann CM, Wilkinson GS, Jones WA, Anderson GD. Perinatal morbidity associated with violence experienced by pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 1994;170(6):1760-6; discussion 1766-9. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Berenson%20AB%2C%20Wiemann%20CM%2C%20Wilkinson%20GS%2C%20Jones%20WA%2C%20Anderson%20GD.%20Perinatal%20morbidity%20associated%20with%20violence%20experienced/bypregnantwomen.

24. PubMed [Base de datos en internet]. Stewart DE, Cecutti A.. Physical abuse in pregnancy. CMAJ. 1993;1;149(9):1257-63. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Stewart%2C%20D.E.%2C%20Cecutti%2C%20A..%20Physical%20abuse%20in%20pregnancy.%20CMAJ

25. PubMed [Base de datos en internet]. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. CMAJ. 1999; 6;160(7):1007-11. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Muhajarine%20N%2C%20D'Arcy%20C.%20Physical%20abuse%20during%20pregnancy%3A%20prevalence%20and%20risk%20factors.%20

26. PubMed [Base de datos en internet]. Martin SL, Mackie L, Kupper LL, Buescher PA, Moracco, KE. Physical abuse of women before, during, and after pregnancy. JAMA. 2001;28;285(12):1581-4.

Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Martin%20SL%2C%20Mackie%20L%2C%20Kupper%20LL%2C%20Buescher%20PA%2C%20Moracco%2C%20KE.%20Physical%20abuse%20of%20women%20before%2C%20during%2C%20and%20after%20pregnancy.%20

27. Cuevas S, Blanco J, Juárez C, Palma O, Valdez Santiago R, Violencia y embarazo en usuarias del sector salud en estados de alta marginación en México. Salud Pública de México. México. 2006;48, 239-249. Disponbile en: http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10604804.pdf

28. Hijar Medina M, Flores Regata L, Valdez Santiago R, Blanco J. Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar. Salud Pública de México. México. 2003; 45, 252-258.

29. Ramos Lira L, Saltijeral Menéndez MT, Romero Mendoza MM, Caballero Gutiérrez A, Martínez Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud Pública de México. México. 2001; 43, 182-191.

30.Valdez Santiago R. Panorama de la violencia doméstica en México: Antecedentes y Perspectivas. Cuernavaca Mor:CIDHAL,1998.

31. PubMed [Base de datos en internet]. Avila Burgos L, Valdez Santiago R, Híjar M, del Rio Zolezzi A, Rojas Martínez R, Medina Solís CE. Factors associated with severity of intimate partner abuse in Mexico: results of the first National Survey of Violence Against Women. Can J Public Health. 2009, Nov-Dec;100(6):436-41.

32. Collado Peña, Villanueva Egan LA. Violencia familiar: una aproximación desde la ginecología y obstetricia. Ginecol Obstet. 2005;73, 250-60.

33. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995. Nueva York, Naciones Unidas. 1995 (documento A/CONF,177/20).

34. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2002.

35. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003.

36. Heise L, Ellsberg M, Gottermoeller M. Ending violence against women. Baltimore, MD, Jhons Hopkins University Press, 1999.

37. Campbell J. Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. Archives of Internal Medicine. 2002; 162:1157-1163.

38. Golding J, Sexual assault history and women´s reproductive and sexual health. Psychology Of Women Quarterly. 1996; 20:101-121.

39. Gazmararian JA, Lazorick S, Spitz AM, Ballard TJ, Saltzman LE, Marks JS, Prevalence of violence Against pregnant women. JAMA 1996; 24(275):1915-1920. En: Rosario V, Arenas Monreal Luz. Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo. Salud Pública de México. Vol. 46, n°1 2004.

40. Heise, L. “Reproductive Freedom and Violence Against Women: What are the Intersections?” The Journal of Law, Medicine and Ethics.1993; 27.

41. Bewley, C. Coping with Domestic Violence During Pregnancy. Nursing Standard. 1994; 8.

42. Journal of the American Medical Association. Abuse of Pregnant Women and Adverse Birth Outcome.1992; 267.

43. Rachana C, Suraiya K, Hisham AS, Abdulaziz AM. Prevalencia y complicaciones de la violencia física durante el embarazo. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol 2002;103(I):26-9.

44. Kramek J, Grzymala Krzyzostaniak A, Celewicz A, Ronin Walknowska E. Violencia hacia la mujer embarazada. Ginecología Polska (Ginnecol Pol) 2001;72 (12):1042-1048.

45. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial para la Salud. Hoja informativa del Programa Mujer, Salud y Desarrollo. GenSalud .Disponible en: http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/violencepregnancysp.PDF

46. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population reports, series L, n° 11. Baltimore: Jhons Hopkins University School of Public Health. Population Information Program. 1999.

47. Ramos Lira L, Saltijeral Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero Gutierrez MA, Martinez Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud Pública México. México. 2001;43:182-191.

48. Organización Mundial de la Salud. Dando prioridades a las mujeres. Recomendaciones éticas y de seguridad para investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres. Informe técnico n° OMS/EIP/GPE/. Geneve: Organización Mundial de la Salud. 1999.

49. Ortega Ceballos PA, Mudgal J, Flores Y, Rivera Rivera L, Días Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia en pareja en trabajadoras del IMSS, Morelos. Salud Pública México. México. 2007; 49:357-366.

50. Valdez Santiago R, Jíjar Medina MC, Salgado de Snyder VN, Rivera Rivera L, Ávila Burgos L, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas, Salud Pública México. México. 2006;48 supl 2:S221-S231

51. Hercovich, I. De la opción “sexo o muerte” a la transacción “sexo por vida”. En Ramos Lira L. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. Salud pública México 2001;43:182-191. Disponible en: www.insp.mx/salud/index/.html.

Anexos

ENCUESTA N°:	REALIZÓ:	VB°

CUESTIONARIO DE VIOLENCIA INFLIJIDA CONTRA LA MUJER

EN

EL HOSPITAL SECCIONAL LOS ALTOS

Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este consultorio de salud estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema a todas las mujeres que consultan.

Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad. Responda a las siguientes preguntas sólo si usted lo desea.

1.Barrio:	……									
2. Edad:	14-19□	20-25□	26-31□	32-37□	38-43 □	44-49 □	50-55 □	56-61□	62-67□	68 +□
3. Estado Civil:	Casada □	Soltera □	Unión Estable □	Separada □	Viuda □					
4. Nº Hijos:	0 □	1-2 □	≥3 □							
5. Educación:	Sin estudios □	Primario incompleto □ Primario completo □	Secundario incompleto □ Secundario completo □	Terc/ Univ Incompleto □ Terc/ Univ Completo □						
6. Ocupación de la mujer:	Sin empleo □	Ama de casa □ Jefe de Hogar/Beca □	Jornalero/golondrina □ Empleada asalariada □	Profesional □ Otro □						
7. Ocupación de la pareja	Sin empleo □	Jefe de Hogar/Beca □	Jornalero/golondrina □ Empleada asalariada □	Profesional □ No sabe □ Otro □						
8. Personas con las que vive	Pareja □	Pareja e hijos □	Pareja, hijos y pariente/s □	Otros □						

9. Identificación de violencia Física	¿Su pareja o alguna otra persona le ha causado daño físico al menos una vez o en forma reiterada? Ej.:						
	LEVE	MODERADA		GRAVE			
	Empujones o zamarreos□ Arrastrada □ Pellizcos □ Tirón del pelo □ Cachetadas □ Otro…… ……..	Golpes de puño □ Patadas □ Palizas □ Mordeduras □ Otro……..… …….. …….. …….		Quemaduras □ Ahorcamiento □ Golpes con objetos □ Daño con arma blanca □ Daño con revólver □ Otro…… ……..			
	No desea contestar □		No indica violencia física □				
	¿Quién lo hizo? …… ……..						
	¿En qué etapa de su vida sufrió de estos daños?						
	Niñez □	Adolescencia □	Adultez □	>65 años □	Embarazo □	Post Parto □	No desea contestar □
	¿Con qué frecuencia?	1 vez □	Mas de 1 vez □	Habitualmente/ siempre □	No desea contestar □		
	¿Sucede actualmente?	SI □	NO □	No desea contestar □			

10. Identificación de violencia Psicológica/ emocional	¿Su pareja o alguna otra persona le ha causado daño emocional al menos una vez o en forma reiterada por medio de alguna de las siguientes situaciones?						
	MALTRATO PSÍQUICO			COMPORTAMIENTO DOMINANTE			
	Insultos □ Hacer sentir avergonzada ó humillada □ Ser intimidada (grita y/o tira cosas) □ Burlas □ Amenazas de daño o muerte □ Amenazas de suicidio □ Rechazo o desprecio □ Destrucción de objetos propios □ Daños a mascotas o a alguien importante para usted □			Le impide ver a amigos o parientes □ Quiere saber dónde está en todo momento □ La ignora o trata con indiferencia □ se enoja si habla con otros hombres □ La acusa constantemente de serle infiel □ No le permite trabajar/ estudiar □ No le permite tomar anticonceptivo o controlar la maternidad □ La obliga a tomar anticonceptivos o controlar la maternidad □ No la deja acceder a la atención médica □			
	No desea contestar □			No indica violencia psicológica □			
	¿Quién lo hizo? …… …...						
	¿En qué etapa de su vida sufrió de estos daños?						
	Niñez □	Adolescencia □	Adultez □	>65 años □	Embarazo □	Post Parto □	No desea contestar □

	¿Con qué frecuencia?	1 vez □	Mas de 1 vez □	Habitual mente/ siempre □	No desea contestar □
	¿Sucede actualmente?	SI □		NO □	No desea contestar □

Identificación de violencia Sexual	Alguna vez en su vida: ¿Ha sido forzada a tener relaciones sexuales o contacto sexual?			SI □	NO □		No desea contestar □
	¿Quién o quiénes? ……						
	¿En qué etapa de su vida sufrió de estos daños?						
	Niñez □	Adolescencia □	Adulte z □	>65 años □	Embarazo □	Post Parto □	No desea contestar □
	¿Con qué frecuencia?	1 vez □	Mas de 1 vez □	Habitualmente/ siempre □	No desea contestar □		
	¿Sucede actualmente?			SI □	NO □	No desea contestar □	
	¿La han golpeado durante la relación sexual?			SI □	NO □		No desea contestar □
	¿La han obligado o forzado a tener relaciones sexuales estando enferma?			SI □	NO □		No desea contestar □
	¿La han obligado o forzado a tener relaciones sexuales con otras personas?			SI □	NO □		No desea contestar □

	LEVE	GRAVE	MUY GRAVE
.Lesiones derivadas	Moretón □ Rasguños □ Cortes □ Pinchazos □ Mordiscos □ Otro…… …… …….. …… …… …… …… …… …… ……	Daños oídos y ojos □ Pérdida del conocimiento □ Huesos rotos □ Quemaduras □ Deterioro de la autoestima □ Predisposición de ingestión de antidepresivos □ Miedo □ Bajo rendimiento laboral, escolar y hogareño □ Insomnio □ Deserción labora/escolar □ Otro…… …… …… ……	Aborto □ Parto prematuro/ inmaduro □ Intento de suicidio □ Otro…… …… …… …… …… ……..

11. A quién comenta la experiencia de violencia	¿Le comentó a alguien acerca de estas experiencias vividas? ¿A quién?					
	Nadie □	Familia □	Amigos □	Personal de salud □	Policía □	Líderes religiosos □
	Otro…… …….. …… ……					

12.Quién ayuda o trata de ayudar	¿Alguien la ayudó o intentó ayudarla al comentarle de los hechos de violencia?					
	Nadie □	Familia □	Amigos □	Personal de salud □	Policía □	Líderes religiosos □
	Otro…… …….. …… ……					

13. Búsqueda de ayuda	¿Buscó ayuda en alguno de estos lugares?					
	Comisaría □	Refugio □	Centro de ayuda para la mujer □	Asociación/ONG □	No sabía dónde acudir □	No buscó ayuda □
	Otro…… …….. …… ……					

OBSERVACIONES ……
……
……
……
……
……
……
……

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION