# UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

## FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

## ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema: "VIOLENCIA HACIA LA MUJER: EFECTOS SOBRE LA SALUD. SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS 2016"

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

**Autora:** Md. Mariana Isabel Velástegui Pérez

**Directora:** Lcda. Marisela Dinorah Lorenzo González, Mg.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por las señoras Doctoras María Dolores Villagómez Álvarez Magister, Doctora Nelly Margarita Salazar Mayo Especialista, Doctora Carmen Cecilia Pacheco Quintana Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, para receptar el Trabajo de Investigación con el tema: "VIOLENCIA HACIA LA MUJER: EFECTOS SOBRE LA SALUD SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS 2016", elaborado y presentado por la señorita Médica Mariana Isabel Velástegui Pérez, para optar por el Grado Académico de Especialista en medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

---

*Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.*

Presidente del Tribunal

---

*Dra. María Dolores Villagómez Álvarez, Mg.*

Miembro del Tribunal

---

*Dra. Nelly Margarita Salazar Mayo, Esp.*

Miembro del Tribunal

---

*Dra. Carmen Cecilia Pacheco Quintana, Esp.*

Miembro del Tribunal

**AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: "VIOLENCIA HACIA LA MUJER: EFECTOS SOBRE LA SALUD SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS 2016", le corresponde exclusivamente a la: Médica Mariana Isabel Velástegui Pérez, Autora bajo la Dirección de la Licenciada Marisela Dinorah Lorenzo González Magister, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

---

Md. Mariana Isabel Velástegui Pérez

*c.c.1804087706*

**AUTORA**

---

Lcda. Marisela Dinorah Lorenzo González, Mg

*c.c.* E274958

**DIRECTORA**

## DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Md. Mariana Isabel Velástegui Pérez

*c.c.*1804087706

**AUTORA**

## INDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA……..……i
A LA UNIDAD ACADEMICA DE TITULACIÓN ..... iii
DERECHOS DEL AUTOR ..... iv
*I*NTRODUCIÓN ..... 1
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA ..... 3
1.1 Tema: ..... 3
1.2 Planteamiento del problema ..... 3
1.2.1 Contextualización ..... 3
1.2.2 Análisis crítico. ..... 6
1.2.3 Prognosis. ..... 6
1.2.4 Formulación del problema. ..... 7
1.2.5 Interrogantes (subproblemas) ..... 7
1.2.6 Delimitación del problema de investigación. ..... 7
1.3 Justificación. ..... 7
1.4 Objetivos ..... 9
1.4.1 Objetivo General ..... 9
1.4.2 Objetivos Específicos ..... 9
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO. ..... 10
2.1 Antecedentes investigativos. ..... 10
2.2 Fundamentación Filosófica. ..... 13
2.3 Fundamentación Legal. ..... 14
2.4 Categorías Fundamentales. ..... 19
2.5 Hipótesis ..... 28
2.6 Señales de las Variables ..... 28
CAPITULO 3. METODOLOGÍA ..... 29

3. 1 Modalidad básica de la investigación. 29
3.2 Nivel o tipo de investigación 29
3.3 Población y Muestra. 29
3.3.1 Población 29
3.3.2 Muestra 29
3.3.3 Criterios de inclusión 30
3.3.4 Criterios de exclusión 30
3.3.5 Criterios Éticos 30
3.4 Operacionalización de variables 31
3.5 Plan de recolección de la información 33
3.6 Plan de procesamiento de la información 33
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS. 34
4.1 Formas de Violencia 34
4.1.1 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al Subcentro de salud de San Andrés, 2016. 34
4.1.2 Características Sociodemográficas de las Mujeres víctimas de violencia. 36
4.1.2.1 Edad de las mujeres 36
4.1.2.2 Nivel de Instrucción de las Mujeres 38
4.1.2.3 Estado Civil de las Mujeres 40
4.1.2.4 Vínculo Laboral de las Mujeres 41
4.1.2.5 Violencia física y variables sociodemográficas 43
4.1.2.6 Violencia Psicológica y Variables Sociodemográficas 45
4.1.3. Violencia y sus efectos en la salud 50
4.1.3.1 Violencia hacia la mujer y síntomas físicos no especificados. 51
4.1.3.2 Trastornos Psicológicos 57
4.1.3.3 Trastornos Genitourinarios 61
4.3 Verificación de la Hipótesis 63
5.1 CONCLUSIONES 64
5.2 RECOMENDACIONES 64
CAPITULO 6. PROPUESTA 66

6.1Datos informativos ..... 66
6.1.1 Tema ..... 66
6.1.1.2 Institución Ejecutora ..... 66
6.1.1.3 Beneficiarios ..... 66
6.1.1.4 Ubicaciones ..... 66
6.1.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución ..... 66
6.1.1.6 Equipo Responsable ..... 66
6.1.1.7 Presupuesto ..... 66
6.2- Antecedentes de la propuesta: ..... 67
6.3- Justificación. ..... 67
6.4- Objetivo ..... 67
6.4.1 Objetivo General ..... 68
6.4.2 Objetivo especifico ..... 68
6.5- Análisis de factibilidad ..... 68
6.6- Fundamentación ..... 69
6.7-Metodología, Modelo Operativo. ..... 71
6.8- Administración ..... 72
6.9- Previsión de la evaluación: ..... 72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS. ..... 73

## INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N. 1 Categorías Fundamentales ..... 19
Gráfico N. 2 Clasificación de la Violencia ..... 20
Grafico N. 3 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés ..... 34
Gráfico N. 4 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés ..... 36

Gráfico N. 5 Nivel de instrucción de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016. ..... 38
Gráfico N. 6 Estado civil de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016 ..... 40
Grafico N. 7 Estado civil de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016 ..... 41
Gráfico N. 8 Distribución de mujeres víctimas de violencia física y variables sociodemográficas. ..... 43
Gráfico N. 9 Distribución de mujeres víctimas de violencia psicológica y variables sociodemográficas ..... 45
Gráfico N. 10 Distribución de mujeres víctimas de violencia económica variables sociodemográficos ..... 47

INDICE DE TABLAS

Tabla N. 1 Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer..... 27
Tabla N. 2 Relación del síntoma cefalea con las distintas formas de violencia..... 51
Tabla N. 3 Relación del síntoma trastorno de sueño con las distintas formas de violencia..... 52
Tabla N. 4 Relación del síntoma falta de fuerza con las distintas formas de violencia ..... 54
Tabla N. 5 Relación del síntoma cervicalgia con las distintas formas de violencia .. 55
Tabla N. 6 Relación del síntoma dolores musculares con las distintas formas de violencia..... 56
Tabla N. 7 Distribución de mujeres víctimas de violencia con depresión según el test de Hamilton. SCS San Andres.2016..... 58
Tabla N. 8 Distribución de mujeres víctimas de violencia con ansiedad según Test de Hamilton. SCS San Andres..... 60
Tabla N. 9 Distribución de mujeres víctimas de violencia y problemas genitourinarios. SCS San Andres.2016..... 61

Tabla N. 10 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés. ..... 96
Tabla N. 11 Edad de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016 ..... 96
Tabla N. 12 Instrucción de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016 ..... 96
Tabla N. 13 Estado civil de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés ..... 97
Tabla N. 14 Vínculo Laboral de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016 ..... 97
Tabla N. 15 Distribución de mujeres víctimas de violencia física y variables sociodemográficas ..... 98
Tabla N. 16 Distribución de las mujeres víctimas de violencia psicológica y variables sociodemográficas ..... 99
Tabla N. 17 Distribución de las mujeres víctimas de violencia económica y variables sociodemográficas ..... 100
Tabla N. 18 Distribución de las mujeres víctimas de violencia sexual y variables sociodemográficas ..... 101

## AGRADECIMIENTO

A mi familia quienes con su apoyo y motivación, hicieron que cada noche de desvelo sea más llevadera.

A la Licenciada Magister Marisela Lorenzo González por el apoyo ofrecido y el tiempo compartido para la realización del presente trabajo.

A la Doctora Aida Aguilar por impulsar el desarrollo de mi formación profesional, a mis maestros quienes marcaron cada etapa de nuestro camino como postgradistas

Mariana Isabel Velástegui Pérez

## DEDICATORIA

A mi familia pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, académica, como personal, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi esposo e hija por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por ser mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Mariana Isabel Velástegui Pérez

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

# "VIOLENCIA HACIA LA MUJER: EFECTOS SOBRE LA SALUD SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS 2016."

**AUTOR:** *Médico Mariana Isabel Velástegui Pérez*

**DIRECTORA:** *Licenciada Marisela Dinorah Lorenzo González Magister*

**FECHA:** *8 de Agosto del 2016*

## RESUMEN EJECUTIVO

La violencia contra la mujer es una práctica generalizada y profundamente arraigada en la sociedad que tiene graves consecuencias en la salud y el bienestar de las mujeres. Se realizó un estudio observacional descriptivo y transversal, con el objetivo de evaluar la vinculación existente entre las distintas formas de violencia y los trastornos de la salud en la mujer; a través de un muestreo a conveniencia se seleccionó 250 mujeres víctimas de violencia. Las variables de estudio fueron la violencia a la mujer y los efectos sobre la salud. Los resultados del estudio demostraron que la violencia psicológica predomino con un 73,2 %, seguida de la violencia física con un 62%. Respecto a las variables sociodemográficas el estado civil, la edad y la dependencia económica resultaron estadísticamente significativas para la violencia física; el nivel de instrucción y el estado civil fueron estadísticamente significativos para la violencia psicológica, en cuanto a la violencia

económica y la violencia sexual las variables estadísticamente significativas resultaron el estado civil y dependencia económica.

Respecto a los trastornos de la salud y las distintas formas de violencia, la cefalea predomino en las mujeres víctimas de violencia psicológica y económica, los trastornos del sueño preponderaron en las víctimas de violencia física, económica y sexual. Los dolores musculares están más asociados a la violencia física, psicológica y económica. También está la grave repercusión que tiene la violencia sobre la salud mental, y es así que todas las formas de violencia desencadenan consecuencias emocionales como ansiedad y depresión. Los problemas genitourinarios como las infecciones urinarias y la dispareunia se encontraron presentes en las mujeres víctimas de violencia sexual.

Una investigación sobre una muestra trasversal, no establece a la violencia como causa de un problema de salud puntual, nuestro estudio establece eventos relativos a la salud presentes en estas mujeres.

**Descriptores:** violencia hacia la mujer, violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, violencia económica, salud de la mujer, trastornos de la salud, variables sociodemográficas, síntomas físicos, síntomas mentales.

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**THEME**

# "VIOLENCIA HACIA LA MUJER: EFECTOS SOBRE LA SALUD SUBCENTRO DE SALUD SAN ANDRÉS 2016."

**AUTHOR:** *Médico Mariana Isabel Velástegui Pérez*

**DIRECTER BY:** *Licenciada Marisela Dinorah Lorenzo González Magister*

**DATE:** *August 8, 2016*

## EXECUTIVO SUMMARY

Violence against women is widespread and deeply ingrained practice in society that has serious consequences on the health and welfare of women. An observational descriptive cross-sectional study was conducted in order to assess the link between the various forms of violence and health disorders in women; through a convenience sample of 250 women victims of violence he was selected. The study variables were violence against women and the effects on health. The study results showed that psychological violence predominated with 73.2%, followed by physical violence with 62%. Regarding the sociodemographic variables marital status, age and economic dependence were statistically significant for physical violence; the level of education and marital status were statistically significant for psychological violence, as economic violence and sexual violence statistically significant variables were marital status and economic dependence.

Regarding health disorders and various forms of violence, headache dominance in women victims of psychological and economic violence, sleep disorders predominated in victims of physical, economic and sexual violence. Muscle aches are more associated with physical, psychological and economic violence. There is also the serious impact that violence has on mental health, and so that all forms of violence trigger emotional consequences such as anxiety and depression. Genitourinary problems such as urinary tract infections and dyspareunia were present in women victims of sexual violence.

An investigation into a cross-sample, does not establish violence as a cause of a problem of timely health, our study establishes health-related events present in these women.

**Keywords:** violence against women, physical violence, psychological violence, sexual violence, economic violence, women's health, health disorders, sociodemographic, physical symptoms, mental symptoms**.**

# INTRODUCIÓN

La Organización Mundial de la Salud, en 1996 reconoció a la violencia contra la mujer como un problema prioritario de salud pública de primera magnitud he instó a los estados miembros a evaluar su dimensión, es por ello que no han dejado de realizarse esfuerzos en la mayoría de los países del mundo con el fin de poner de manifiesto su posible existencia, e intentar llegar a una identificación precoz del problema en los casos que se produjera.

Diversos estudios sobre violencia contra las mujeres en el ámbito sanitario han puesto de manifiesto que las mujeres que sufren malos tratos hacen mayor uso del sistema sanitario y aproximadamente un 20% de las mujeres que consultan en los servicios de salud padece esta situación y aunque las unidades de salud deberían ser un punto clave para el abordaje y la detección precoz, en el país existe un subregistro del total estimado de casos de mujeres violentadas y la repercusión de esta sobre la salud de las mismas. La falta de formación, y sensibilización frente al tema así como el hecho de la naturalización de la violencia en las familias y el no considerarlo como un problema social y sanitario repercute directamente en la poca atención que se le da al tema.

Ante esta problemática aparentemente oculta y dada nuestra privilegiada posición en el ámbito de la atención primaria, donde se deberían resolver el 80% de los problemas de salud y donde la mayor parte de mujeres acudirán no por la violencia misma sino por las secuelas que ella ocasiona se tomó este tema de investigación, cuya finalidad es visibilizar una realidad y determinar cuáles son sus efectos en el estado de salud.

Histórica y socialmente, la violencia dirigida al género femenino, afecta en forma desproporcionada ya que se basa en la inequidad y en la relación de poder ejercida

por los hombres sobre las mujeres ya que existen roles y estereotipos socialmente aceptados y construidos por la sociedad que incluyen actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental y/o sexual, o las amenazas de cometer esos actos.

# CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

## 1.1 Tema:

Violencia hacia la mujer: Efectos sobre la salud Subcentro de salud San Andrés, 2016.

## 1.2 Planteamiento del problema

### 1.2.1 Contextualización

La violencia hacia la mujer tiene un efecto profundo sobre ella, empieza antes del nacimiento, en algunos países, con abortos selectivos según el sexo, o al nacer, cuando los padres desesperados por tener un hijo varón pueden matar a sus bebes de sexo femenino y esto solo es el inicio ya que la violencia puede afectar a las mujeres a lo largo de toda su vida. (1)

Las niñas tienen mayor probabilidad que sus hermanos varones de ser agredidas sexualmente por miembros de su familia, por personas en posiciones de poder o confianza, así como por personas ajenas. En algunos países, cuando una mujer soltera o adolescente es violada, puede ser obligada a contraer matrimonio con su agresor. (2)

Después del matrimonio, el riesgo de violencia hacia la mujer sigue habitando en su propio hogar, donde su esposo y a veces la familia política, puede agredirla, violarla o matarla.

Con este antecedente se evidencia que la a violencia contra la mujer es un fenómeno presente en el mundo, que afecta a todos los sectores de la sociedad y por su connotación es un problema de proporciones epidémicas, que requiere la adopción de medidas urgentes ya que una vida sin violencia es un derecho humano fundamental.(3)

Lo antes mencionado ha visibilizado el problema de la violencia, especialmente la que padecen las mujeres y en cierto modo ha creado una mayor sensibilización social y sanitaria así como un mayor conocimiento de lo que es, de lo que representa y de lo que hay que hacer para identificar las situaciones de maltrato y darles solución.[3]

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1993 registró oficialmente el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, derecho reconocido también en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), de 1994[4] [5]

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud , el 35% de las mujeres en el mundo han sido víctimas de violencia sexual y/o física propiciada por su pareja, así como violencia sexual por agresores distintos a su pareja .[5]Otras cifras hablan que una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por un hombre o varios hombres en algún momento de su vida además se ha calculado que la violencia contra la mujer es una causa de muerte e incapacidad entre las mujeres en edad reproductiva tan grave como el cáncer y es una causa de morbimortalidad mayor que los accidentes de tránsito y la malaria combinados[6].

En la región de las Américas la misma OMS 2010, reporta que 29,8% de la población femenina ha sido víctima de alguna forma de violencia [7]

En el Ecuador según los datos aportados por el INEC 2012, en la encuesta sobre relaciones familiares y violencia de género, se recoge que 6 de cada 10 mujeres (60,6%) son víctimas de maltrato, la misma encuesta reporta que el 90% de las mujeres con uniones estables que ha sufrido violencia no se ha separado de su pareja.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador a través de la base de datos EPI 2 reporta, que en el año 2011, la mayor tasa de violencia se observa en las provincias de la Amazonía con una tasa de 278 casos por 100.000 habitantes. El grupo de edad más afectado por violencia y maltrato es el de 15 a 19 años. En el mismo año, se registraron 10 fallecimientos por violencia y maltrato, con una tasa de letalidad de 69.42 x 100.000 casos de violencia. De las 24 provincias del país para el año 2011 el

mayor número de casos se encuentra en la provincia de Pichincha donde se reportaron 4830 casos. [8]

La violencia de género sobrepasa el 50% en todas las provincias del país. Total nacional 60,6%. Las provincias con mayor porcentaje de violencia de género son: Morona Santiago, Tungurahua, Pichincha, Pastaza y Azuay mientras que Orellana, Manabí y Santa Elena son las provincias con menor índice de violencia a la mujer. [9].

En Tungurahua según los informes del Instituto Nacional de Estadística y Censos (2012), se conoce que 7 de cada 10 mujeres en la provincia han sufrido violencia de cualquier tipo sea físico, psicológico, sexual o patrimonial. Las tendencias van desde la violencia psicológica con el 65.1 %, violencia física el 46,5% y la violencia sexual el 24,1% [10]. Se considera que estas cifras deben tener un subregistro que incluye a las mujeres que no denuncian estos actos, por temor o desconocimiento.

En el cantón Píllaro, se investigó en la fiscalía los datos sobre denuncias relacionadas a violencia hacia la mujer, indican tener 100 casos receptados desde que se encuentra en vigencia el Código Orgánico Integral Penal, esto es desde el 10 de Agosto del 2014. Esos reportes constituyen un avance en la lucha contra la violencia hacia la mujer y muestra los resultados de campañas que con ese fin lleva a cabo el Ministerio de Salud Pública, y el Ministerio del Interior en coordinación con el gobierno.

A nivel de la Parroquia San Andrés y concretamente en el Subcentro de Salud se revisó el sistema de Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACCA) 2014 donde no se reportan casos de violencia contra la mujer, sin embargo para el 2015 según el Análisis de la Situación de Salud realizado a las 300 familias a cargo de la postgradistas de medicina familiar, el 18% de las mujeres refirieron haber vivido alguna forma de violencia.

Lo anterior indica que es necesario contar con datos exactos actualizados que permitan comparar la evolución de la violencia a nivel parroquial con el fin de fortalecer los esfuerzos de promoción y prevención, de manera que permita ayudar a

los encargados de crear políticas a comprender y valorar el problema, para que se constituya en una guía a la hora de intervenir en el tema

Sin embargo, medir la prevalencia real de la violencia es una tarea compleja, ya que las estadísticas disponibles por vía de la policía, los centros de mujeres y otras instituciones formales a menudo subestiman los niveles de la violencia debido a la escasa notificación de casos ya que las mujeres maltratadas no buscan ayuda ya sea por el desconocimiento de sus derechos, o porque creen que no recibirán ayuda eficiente compasiva y confidencial o incluso porque la violencia hacia las mujeres se encuentra naturalizada en la población y no lo identifican como un problema.

### 1.2.2 Análisis crítico.

El tema de maltrato a la mujer y las consecuencias sobre la salud se mantiene subregistrado y sin un abordaje integral ya que a nivel de la atención primaria donde se debería resolver el 80% de problemas de salud es donde menos se detectan los casos de violencia contra la mujer. En la parroquia San Andrés este es un problema que se ha podido evidenciar gracias al Análisis de la Situación de Salud; pero de una manera muy general y es precisamente ello lo que ha motivado para la realización de este trabajo, ya que existen muchas mujeres viviendo las consecuencias del maltrato sin un manejo adecuado e integral como dice el nuevo modelo de atención en salud. Por otra parte está el desconocimiento mismo de los derechos que tienen las mujeres así como los lugares a los que deben acudir en busca de ayuda.

### 1.2.3 Prognosis.

De no realizarse esta investigación se continuará sin develarse el problema de violencia hacia la mujer, relevante para la salud pública y por lo tanto los administradores de los servicios de salud no contaran con la evidencia actual y objetiva para mejorar las estrategias de intervención a nivel de la atención primaria en salud.

### 1.2.4 Formulación del problema.

¿Que relación existe entre las distintas formas de violencia y los trastornos de la salud de las mujeres?

### 1.2.5 Interrogantes (subproblemas)

¿Cuáles son las características sociodemográficas de las mujeres víctimas de maltrato que acuden al SCS de San Andrés 2016?

¿Qué formas de violencia prevalecen en las mujeres que acuden al subcentro de salud san Andrés?

¿Qué relación existe entre los trastornos de la salud y los diferentes tipos de violencia?

¿Qué tipo de intervención puede contribuir a prevenir la violencia a la mujer?

### 1.2.6 Delimitación del problema de investigación.

**Línea de investigación**: Epidemiología y Salud Pública

**Delimitación de contenido**:

Campo: Salud Pública.

Área: Medicina Familiar.

Aspecto: Violencia hacia la mujer.

Delimitación temporal: año 2016.

Delimitación espacial: Subcentro de Salud San Andrés.

## 1.3 Justificación.

La Atención Primaria, donde la prioridad es la prevención y mantenimiento de la salud, puede tener un papel muy importante para llevar a cabo la función de identificación y prevención de la violencia hacia la mujer y mucho más los médicos

de familia como los encargados de velar por el bienestar físico, mental, emocional y social de las personas, ya que los malos tratos constituyen un importante factor de riesgo para una mala salud (Campbell, 2002).

Las patologías asociadas van desde problemas visibles y agudos como las lesiones, hasta condiciones de salud crónicas como cefaleas, infecciones de trasmisión sexual o problemas psiquiátricos y psicológicos (García-Moreno, 2000; Krug, Mercy, Dahlberg y Zwi, 200) [(11)]

Para la OMS existen tres razones por las que la violencia hacia la mujer debe ser un tema prioritario:

1.-La violencia produce padecimientos y consecuencias negativas para la población femenina.

2.-La violencia tiene un impacto directo sobre varios temas de salud, como la maternidad sin riesgo, la planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

3.-Para muchas mujeres que han sido maltratadas, los trabajadores de salud constituyen el principal o único punto de contacto con los servicios públicos que pueden ofrecer apoyo e información; sin embargo, en algunos casos somos los propios profesionales de la salud quienes ejercemos malos tratos hacia las mujeres.

En este sentido se plantea un tema que visibiliza una realidad oculta en la parroquia San Andrés de Píllaro y aporta un instrumento para brindar información y prevenir la violencia hacia la mujer.

Es factible realizar la investigación porque los médicos de familia acceden a la realidad biopsicosocial de las mujeres, lo que facilita obtener datos más aproximados a la realidad, ya que por el estigma del problema es imposible conocerlo a cabalidad y se implementó en las mujeres que acuden en busca de atención en la unidad operativa, o durante las visitas

## 1.4 Objetivos

### 1.4.1 Objetivo General

Evaluar la relación existente entre las distintas formas de violencia y los trastornos de la salud en la mujer que acude al subcentro de salud San Andrés 2016.

### 1.4.2 Objetivos Específicos

1.- Estudiar las características sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia

2.- Identificar las formas de violencia prevalentes en las mujeres.

3.- Relacionar las formas de violencia con los trastornos de salud en las mujeres

4.-Diseñar una estrategia de prevención de violencia a la mujer en la Atención Primaria de Salud.

## CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.

### 2.1 Antecedentes investigativos.

Desde la antigüedad la humanidad ha manifestado la subordinación hacia las mujeres, este fenómeno no se ha restringido únicamente a concebir la inferioridad femenina, sino que ha sobrepasado las límites de lo racional, hasta manifestarse en comportamientos agresivos, que avalados por el patriarcado y legalizados por las sociedades ulteriores, la han perpetuado a lo largo de la historia. Sin embargo el paso de ser considerada un asunto privado a un problema social, es relativamente reciente (12)

La historia relata casos desde el año 400 antes de Cristo, cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un dios al que la mujer debía adorar. (13) En la India, en una ceremonia llamada Sati; cuando el esposo fallecía la mujer era quemada para vivir por siempre con el cadáver de su marido, además la mujer infecunda era repudiada, al igual que la que gestaba sólo hijas.

En la antigua Roma la autoridad del hombre se manifestaba en todas las personas con quienes convivía pero esta autoridad era aún mayor sobre la mujer ya que ella era considerada inferior y se la podía vender, castigar e incluso matar .

Según el islam a partir del matrimonio la mujer, recibe la condición de propiedad del marido. El Corán estipula que una esposa rebelde debe ser castigada por el hombre. El castigo corporal no está limitado, es legítima facultad masculina sobre su cónyuge, de modo que se absuelve de culpa al esposo cuya mujer muriera como resultado de un castigo con fines "correctivos o instructivos". (14)

Ya en la época medieval tanto los sirvientes como las esposas de los nobles eran golpeados con la misma severidad, esto llevó a que en Inglaterra se aplicara la "regla

del dedo pulgar“, que hacía alusión al derecho del hombre de golpear a su mujer con una vara, siempre y cuando esta no sea no más gruesa que el dedo pulgar, con esto se pretendía que la mujer obedezca pero que los castigos no ocasionen su muerte [15]

A modo de resumen, en la antigüedad el maltrato a la mujer era tan frecuente y habitual como el matrimonio y resultaba pues, un efecto de este último ya que, por los rasgos propios de la cultura patriarcal, la mujer era un objeto sin poder de opinión y estaba sujeta a la voluntad de su cónyuge.

En la época contemporánea las cosas tampoco cambiaron para la mujer y un caso judicial ejemplificador de ello, es lo sucedido en Nueva York, en 1825, donde a una mujer acuchillada y con fracturas causadas por su esposo, el tribunal no le concedió el divorcio por considerar razonable la actuación masculina, ya que tenía el propósito de enseñar a que no cometiera más errores.

Y no es hasta fines del siglo XIX que en Maryland Estados Unidos 1882, se publica una ley para sancionar el maltrato marital, esta ley castigaba con cuarenta azotes o un año de prisión al victimario, pero la ley fue abolida en 1953.

En el Ecuador las comisarías de la mujer y la familia se crearon en el año 1994 y es en 1995 que la ley contra la violencia hacia la mujer y la familia se puso en vigencia

Todos estos datos demuestran que en el curso de la vida de la humanidad ningún derecho ha sido pisoteado y violentado tanto como el de las mujeres. A nivel mundial se considera que el 35% de la población femenina ha sido víctima de maltrato físico y/o sexual en el contexto de relaciones de pareja o violencia sexual fuera de relaciones de pareja. [16]

En cuanto a las investigaciones realizadas son amplias y para algunas es la violencia psicológica la que predomina, otras hablan de la importancia de la percepción de las mujeres frente al maltrato y de su detección por el sistema de salud como detallamos a continuación.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo para caracterizar el comportamiento de la violencia doméstica en el consultorio popular Altos de Milagro" en la Habana Cuba que se publicó en junio del 2011, utilizando una encuesta elaborada a 51 pacientes víctimas de violencia doméstica, y se concluyó que hubo predominio de la violencia psicológica, en las familias extensas y grandes, y en la mayor parte de estas el factor de riesgo más frecuente fue la ingesta de bebidas alcohólicas .[17] Este estudio se podría extrapolar a nuestra población ya que las mujeres, de manera general, conviven con parejas consumidoras de alcohol.

Existe otro estudio realizado en México 2011, para presentar los aspectos relacionados con la violencia por parte de la pareja en las relaciones interpersonales y la petición de ayuda, en un grupo de 204 mujeres a las que se les realizó una entrevista semiestructurada en la que manifestaron que habían sido violentadas por su pareja íntima, el estudio concluyó que en la zona metropolitana de Guadalajara existe un grupo importante de mujeres atemorizadas en su convivencia interpersonal dentro de sus hogares, a las cuales les ha faltado apoyo y recursos personales para salir del núcleo maltratador y denunciar. Los servicios asistenciales, policiales y de salud tienen que mejorar las prestaciones a esta población. [18] Esto se podría relacionar con la población de estudio ya que el temor es una secuela del maltrato que altera la salud emocional de la mujer.

Otro estudio, en España, muy interesante, publicado en la Revista Clínica de Medicina de Familia de tipo observacional descriptivo y trasversal abordó la prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas de atención primaria, en este estudio se diseñó un cuestionario que incluyó variables sociodemográficas, antecedentes patológicos, consumo de tóxicos, y la respuesta a la versión abreviada del Woman Abuse Screening Tool (WAST), así como un cuestionario autoadministrable sobre situaciones de abuso, se llegó a la conclusión de que una elevada proporción de mujeres que consultan en atención primaria han sufrido situaciones de violencia en el ámbito doméstico, y que además de la sospecha

clínica, es necesario disponer de algún instrumento de detección precoz para el diagnóstico de violencia contra la mujer. [19]

En Venezuela se realizó un estudio en un hospital para determinar la prevalencia de la violencia de género en un grupo de mujeres tomadas al azar entre Febrero - Octubre de 2009, mediante un estudio descriptivo, prospectivo y transversal con 400 mujeres elegidas al azar, incluidas previa firma del consentimiento voluntario informado, aplicándose como instrumento una encuesta, concluyó que la violencia de género es un problema de salud, determinando mediante esta investigación que la mayoría de las mujeres sufren algún maltrato a lo largo de su vida, recordando que 3 de cada 5 mujeres han sido víctimas de algún tipo de violencia.[20]

Finalmente mencionaremos un estudio de corte trasversal, descriptivo y retrospectivo, cuyo objetivo fue detallar la percepción de la violencia intrafamiliar por las mujeres pertenecientes a la consulta de medicina familiar en el municipio de Media Luna – Pueblo Nuevo de la zona oriental de Cuba, durante el periodo 2005 -2008.

El estudio se realizó en 60 mujeres a las que se les aplicó una encuesta que incluía información general, conocimientos sobre maltrato psicológico y físico, negligencia y abandono, maltrato familiar y conducta ante la violencia. En los resultados destaco la violencia psicológica, seguida por el abandono y la negligencia como formas más prevalentes de maltrato por familiares. Además se concluyó que luego de los hechos violentos, las mujeres asumen actitudes perjudiciales para su desarrollo personal, como tristeza, irritabilidad y pesimismo. En cuanto al agresor, predominó el cónyuge seguido por la madre y la edad más común es en las en mujeres jóvenes. [21] A consideración de la autora este estudio se corresponde con los datos identificados con anterioridad donde se refirió que la población de mujeres más afectadas es la comprendida entre los 15 y 19 años de edad.

**2.2 Fundamentación Filosófica.**

La fundamentación filosófica es la pos positivista ya que existe una realidad que puede ser conocida de manera imperfecta debido a las limitaciones humanas del

investigador, el observador no se encuentra aislado de los fenómenos que estudia, forma parte de ellos, lo afectan y a su vez influye en los mismos, las teorías y explicaciones se consolidan eliminando así otras teorías y explicaciones rivales. El investigador debe permanecer neutral para prevenir influir en el estudio

**2.3 Fundamentación Legal.**

Violencia hacia la mujer un problema de derechos.

En las últimas décadas, la violencia hacia la mujer ha tomado atención a nivel mundial como problema de salud y social, pasó de ser un problema oculto y privado para convertirse en un problema de derechos humanos, que afecta la dignidad, integridad y la libertad de las personas porque atenta contra el bienestar de la sociedad.

En los siguientes párrafos se expondrá los principales avances realizados en el marco normativo internacional y del Ecuador para erradicar la violencia hacia la mujer.

En el año de 1948, la Asamblea General de las naciones Unidas (ONU), proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se reconoce la igualdad de derechos y libertades entre hombres y mujeres.

Sin embargo, la preocupación por la continua discriminación de la mujer y la violación de sus derechos en diversas esferas de la vida llevó a que la ONU adoptara, en 1979, en la convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer, establecer una política internacional dirigida a eliminar la segregación hacia la mujer. Pero no es hasta diciembre de 1993, a raíz de la conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre derechos humanos, celebrada en Viena en Junio del mismo año, cuando la ONU, redactó el primer documento internacional de derechos humanos exclusivos de la mujer, y es así que el 23 de febrero de 1994, en que se resolvió que la violencia hacia la mujer en cualquiera de sus formas física, psicológica o sexual, sea en la vida pública o privada requiere acción urgente de sus miembros.

De acuerdo con el preámbulo de la carta de Naciones Unidas, los estados partes se reunieron en esta organización para, entre otras cosas, ratificar la fe en los derechos esenciales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona, en la equidad de derechos de hombres y mujeres así como de las naciones grandes y pequeñas [22]

La Constitución de la República del Ecuador de 2008, define como principios de aplicación de los derechos: A la igualdad y la no discriminación (Art. 11.2).Garantiza el derecho a la salud con un enfoque integral de derechos (Art. 32) [23]

Destaca el derecho de las personas y grupos de atención prioritaria debido a las condiciones de mayor vulnerabilidad a las que están expuestas (Art. 35) [23]

Protege a los grupos de atención prioritaria: niñez, mujeres, adolescentes y adultas y adultos mayores, personas con discapacidad y toda persona en situación de desventaja y vulnerabilidad (Art. 38.4 y 46.4) [23]

Reconoce y garantiza a las personas el derecho a la integridad personal que incluye: La integridad física, psíquica, moral y sexual (Art. 66) [23]

La Ley Orgánica de Salud, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del registro oficial Nro. 423 del 22 de diciembre del 2006. [24] ( [23]

En varios de sus artículos respecto al maltrato a la mujer establece:

Artículo 3.- La salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransferible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado; y el resultado de un proceso colectivo de interacción donde estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables. [23]

Artículo 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables. [23]

Artículos 11, 27.- Los programas de estudio en los establecimientos de educación pública, privada, municipales y fisco-misionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el autocuidado, la equidad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas. [23 ]

Artículos 12, 13.- La comunicación social desestimulará conductas nocivas para la salud física y psicológica de las personas, en especial de niños, niñas y adolescentes. [23]

Artículo 31, 32,33. El estado reconoce a la violencia como problema de salud pública. [25] [23]

La ley N° 103, aprobada el 29 de noviembre de 1995 y publicada en Ecuador, en el registro oficial N° 839, del 11 de diciembre del mismo año. [26] [23]

Artículo 9 y 10.- La ley contra la violencia a la mujer y la familia aclara la responsabilidad que tiene el personal de la salud en la denuncia de los casos de violencia ya que están obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento bajo pena de encubrimiento: Los agentes de la policía nacional; el ministerio público; y los profesionales de la salud, pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud públicas o privadas, que tuvieren conocimientos de los casos de agresión [27.(23)]

El reglamento a la ley contra la violencia a la mujer y a la familia, expedido mediante decreto ejecutivo No. 1982 de 18 de agosto del 2004 y publicado en el registro oficial No. 411 de 1 de septiembre del año 2004. [27]

ratifica las responsabilidades del personal de salud en la denuncia de actos de violencia:

Artículo 17.- Los que deben denunciar de conformidad con el artículo 10 de la ley contra la violencia a la mujer y la familia, los responsables de denunciar los actos de violencia intrafamiliar deberán realizarlo de la siguiente manera [27]

a) Los agentes de la policía nacional presentarán el respectivo parte ante la fiscalía o la comisaría.

b) Los fiscales actuarán conforme al Código Orgánico Integral Penal

c) Los profesionales de la salud, enviarán a la autoridad competente copia del registro de atención, debidamente firmada por el profesional de salud que le atendió.

El Código de Procedimiento Penal vigente en el país desde el 10 de agosto del 2014, establece. [28]

**Delitos de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.[29]**

Artículo 155.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación.

Artículo 156.- Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar, la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio.

Artículo 157.- Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar, la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del

núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de la siguiente manera:

a) Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos, somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días.

b) Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a un año. Si causa un daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

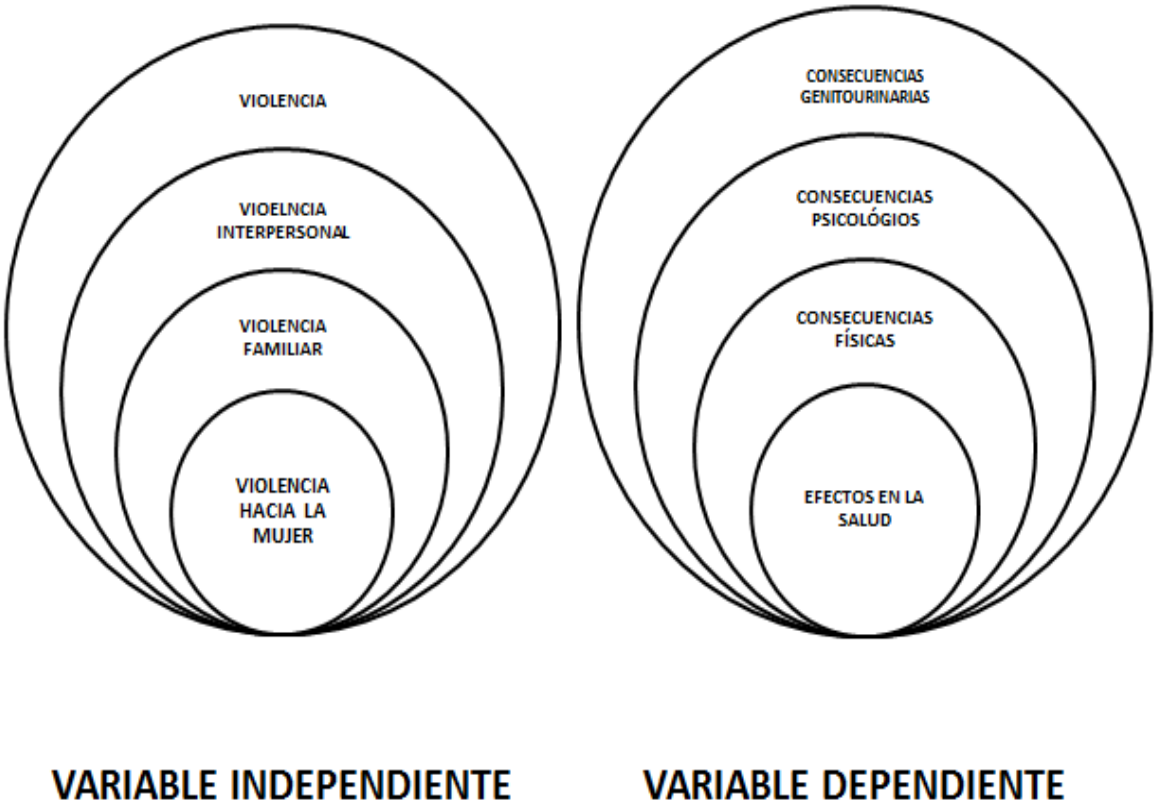
Artículo 158.- Violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar, la persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva.

**Contravención de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar**.

Artículo 159.- Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, la persona que hiera, lesione o golpee a la mujer o miembros del núcleo familiar, causándole lesiones o incapacidad que no pase de tres días, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a treinta días.

## 2.4 Categorías Fundamentales.

**Grafico N. 1 Categorías Fundamentales**

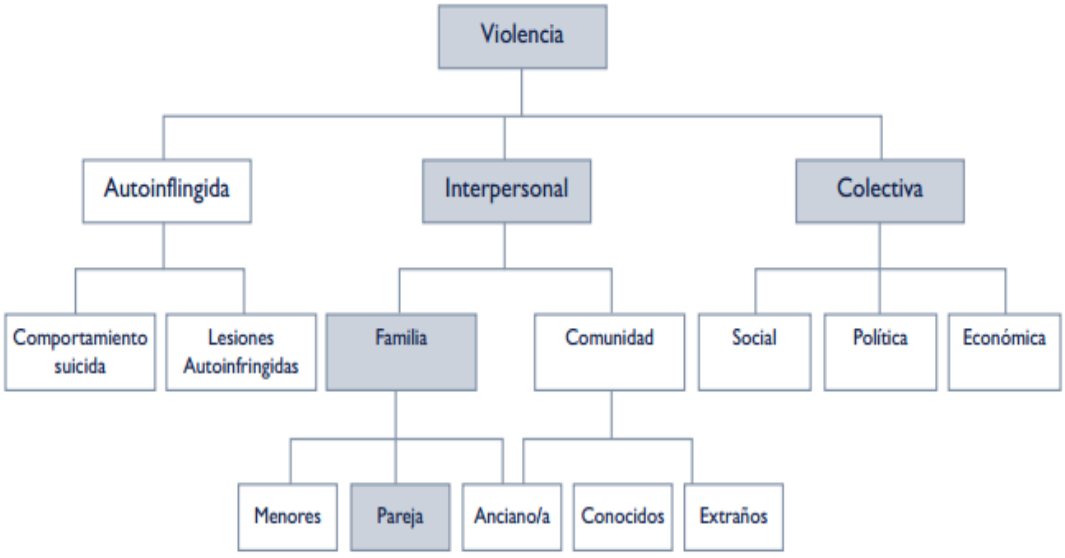



**Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel.

**Violencia, Violencia Interpersonal.**

Conceptualmente la violencia es el poder, ya sea en grado de amenaza o real, contra uno mismo, una persona, una comunidad que ocasione o tenga muchas posibilidades de causar, lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La Organización Mundial de la Salud divide a la violencia en tres grandes categorías considerando quien sea el autor de la misma así: la violencia autoinflingida o la dirigida contra uno mismo, la violencia interpersonal la inflingida por un individuo o un grupo pequeño de individuos y la violencia colectiva aquella inflinglida por un grupo más grande, como los estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas. Considerando esta clasificación, la violencia de género se ubicaría dentro de la violencia interpersonal, en la subcategoría de la violencia familiar. Esta violencia puede ser de naturaleza física, sexual, psicológica o consistir en privaciones y desatención [30]

**Gráfico N. 2 Clasificación de la Violencia**




**Fuente: Informe Mundial sobre violencia y salud**

**Violencia Familiar**

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria define a la violencia familiar como aquellos malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, perpetuadas por personas del medio familiar y dirigida a los miembros más vulnerables de la misma como los niños, mujeres y ancianos. [31]

**Violencia hacia la mujer.**

La Asamblea General de las Naciones Unidas en 1993 sobre la eliminación de la violencia hacia la mujer, [5] define la violencia hacia la mujer como "todo acto de violencia basado en el género, 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 en la vida privada.

Se entenderá como violencia hacia la mujer la violencia física, psicológica o sexual, que ocurra en la familia o en cualquier relación interpersonal, [23] ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio con la mujer.

**Formas de Violencia [32]**

- Violencia física: se refiere a todo acto de agresión o daño no accidental, con algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer agredida, lo que se traduce en un daño, o intento de daño, permanente o temporal, de parte del agresor sobre el cuerpo de ella. Su espectro varía desde un pellizco hasta la muerte.
- Violencia sexual: toda forma de conducta, consistente en prácticas u omisiones, ocasionales o reiterados, y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la realización de actos sexuales no deseadas que generen dolor, la celotipia, el control, y dominio de la mujer que generan un daño. Su expresión más evidente es la violación.
- Violencia económica: formas de agresión con el fin de controlar tanto el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho

ingreso se gasta, como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja (reclamos de dinero, amenazas o incumplimiento con relación a dar el gasto, usurpación de bienes materiales, prohibiciones de trabajar o estudiar).

- Violencia emocional o psicológica: se refiere a formas de agresión reiterada que no inciden directamente en el cuerpo de las mujeres, pero sí en su psique (comparaciones ofensivas, humillaciones, encierros, prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, reclamos sobre los quehaceres del hogar, falta de respeto en las cosas ajenas, amenazas). Su identificación es la más difícil de percibir ante el uso de metáforas y la "ausencia de evidencias".

**Percepción de violencia**

La percepción de la violencia por nuestra sociedad, será la responsable de la actitud que se tome respecto al tema, la percepción dependerá también de la cultura y el uso de los convencionalismos sociales como el machismo, la discriminación, la dependencia económica, el alcoholismo, la pobreza, la desintegración familiar, el crecer en un entorno violento, la violencia social, los modos y estilos de vida.

La violencia hacia la mujer se ha adoptado como un estilo de vida, lo cual se transmite de generación a generación y es aquello lo que hace que muchas mujeres visibilicen y lo adopten más bien como una forma de vida, ya que erróneamente se piensa que el hombre es superior a la mujer, igualmente, consideran a la mujer el sexo débil, por tanto, la combinación de machismo y sumisión da como resultado la violencia de género con afectación de lo femenino en la relación de pareja. [33]

La percepción de violencia hacia la mujer es reforzado diariamente debido a los modelos exhibidos por la televisión, cine, redes sociales en el que se presenta a la mujer como un objeto sexual, y al hombre como audaz, temerario y conquistador, lo cual se convierte en un refuerzo de esas conductas ya que las novelas y programas de televisión, llegan a miles de familias y por ende a miles de niños y jóvenes, los cuales imitan los modelos exhibidos por los medios de difusión. Esta exposición sistemática

a la violencia como estilo de vida, lleva a la población a sociabilizar a través de formas violentas como resultado de estereotipos sociales que se forman y trasmiten a través de las vías antes mencionadas y por las propias familias como primera y más importante institución social que tiene que ver con la educación de las nuevas generaciones.

Relacionada con la percepción de violencia, está la respuesta de la mujer a la situación de violencia en que se encuentra, se condiciona por las propias circunstancias del abuso, por las opciones a su alcance y fundamentalmente por su conocimiento o no sobre la equidad en los roles de género y derechos que la amparan.

En este sentido según el reporte de la Organización Panamericana de la Salud en el que se indica que en el Ecuador el 38% de las mujeres consideran permitido golpear a la cónyuge por al menos una razón.[34] Lo que denota cierta aceptación a la práctica de maltrato con que viven las mujeres en el país.

Un estudio publicado en México, indica que en la población general incluidas las mujeres, persiste la aceptación de roles y estereotipos que obstaculizan el camino para lograr la equidad de género, esto lleva a confirmar la necesidad de reforzar los programas de información y sensibilización, dirigidos a promover la equidad entre mujeres y hombres así como el derecho a una vida libre de violencia. Sin duda, medidas como éstas ayudarán a identificarlo como un problema de salud y a que las mujeres la rechacen como parte inherente de su vida. [35]

**Ciclo de la violencia**

- La tensión: Cuando el maltratador comienza a dar señales de tensión acumulada por aspectos de mayor o menor importancia, que pueden estar relacionados o no con la víctima y que él no sabe manejar.
- La explosión: Cuando la tensión se manifiesta en cualquiera de las formas de violencia, que generalmente en este grupo de mujeres se refiere con mayor frecuencia, la violencia física y la psicológica.

- El arrepentimiento: Que ocurre cuando como consecuencias de sus actos algunas de las mujeres encuestadas han referido que como medida se alejan, no les expresan cariño, dejan de atenderlos o incluso se van de la casa. Es entonces cuando ellos vuelven a comportarse en forma atenta y cariñosa como cuando se inició la relación, comprometiéndose a no volver a perder el control y utilizan a los hijos como trampolín para obtener el perdón de la mujer.
- La luna de miel: Etapa donde las mujeres maltratadas refieren que su hombre se comporta de manera cariñosa y detallista tratando de compensar el daño hecho a la víctima y a la familia. Esta etapa generalmente suele durar una pequeña temporada (que suele hacer dudar a la víctima sobre realizar acusación y/o alejarse o no) pero en cuanto aparece una situación detonante, nuevamente se repite el ciclo, donde con el paso del tiempo las dos últimas etapas tienden a desaparecer y se convierte la convivencia y la relación de pareja en un campo de batalla del cual es difícil salirse.

**Salud de la mujer**

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental, espiritual y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [36] la salud implica que todas las necesidades fundamentales de la personas estén cubiertas, sean estas afectivas, sanitarias, nutricionales y culturales.

La salud es entendida en una doble dimensión primero como producto de las condiciones sociales y biológicas, segundo como productor de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo.

Se construye en el marco de las condiciones económicas, sociales, políticas, culturales, ambientales y como cada sociedad se organiza para la distribución de los bienes, entre estos los servicios de salud [36]

Si aplicamos el concepto de salud a la vida de la mujer vemos que este encaja perfectamente ya que ese bienestar físico, mental y social se verá seriamente afectado cuando la mujer ha sido sometida a malos tratos y es así que definiremos cada uno de los componentes del concepto relacionándolos con la mujer.

**Bienestar Físico**: Dado cuando la mujer siente que ninguno de sus órganos o funciones están afectados, el cuerpo funciona eficientemente y hay una capacidad física apropiada para responder ante diversos desafíos de la actividad diaria.

**Bienestar Mental:** En el cual la mujer es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (37)

**Bienestar Social**: Se refiere a la habilidad de interaccionar con las personas y el ambiente, habiendo satisfecho las relaciones interpersonales. Aquellos que poseen un apropiado bienestar social pueden integrarse efectivamente en su medio social. En el caso de las mujeres víctimas de maltrato esta capacidad de relacionarse con el ambiente se verá restringida ya sea por sus propios temores o por el miedo infundido por el agresor. (38)

**Bienestar Emocional.**

El bienestar emocional representa la habilidad de controlar las emociones. Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional de la mujer incluyen la capacidad para controlar el estrés negativo, ser flexible a la hora de resolver conflictos, sobre todo frente a un evento adverso que esté viviendo, y es talvez este factor el que permite a muchas mujeres se mantengan durante años en estos círculos de maltrato. (39)

Las consecuencias de la violencia en la mujer son profundas, el vivir en una relación violenta afecta la autoestima y la capacidad para participar en el mundo. La violencia tiene consecuencias directas sobre la salud, va desde sufrir una lesión, hasta los

trastornos mentales, por lo tanto ser víctima de violencia aumenta el riesgo de que una mujer tenga alteraciones en su salud en el futuro.

La mujer que ha sufrido maltrato físico o psíquico durante la niñez o la vida adulta experimenta mala salud con mayor frecuencia que otras mujeres, ya que adoptan conductas como el abuso del alcohol, tabaco y drogas, inactividad física, etc.

Aunque un estudio sobre una muestra transversal de población no establece si la violencia causa algún problema de salud específico (a excepción, obviamente, de las lesiones sufridas), los resultados del estudio de la OMS 2005 coincide plenamente con otros estudios que han encontrado un fuerte vínculo entre la violencia y los síntomas físicos y mentales de salud precaria.

El haber sido víctima de violencia pone a la mujer en un mayor riesgo de patologías tanto físicas, psíquicas y del comportamiento.

**Taba N. 1 Consecuencias de la violencia sobre la salud de la mujer**

| Psicológico/ conductuales | Sexuales | Reproductivas/ Ginecológicas | Físicas | Lesiones físicas traumáticas |
|---|---|---|---|---|
| Depresión<br>Ansiedad<br>Sentimientos de culpa/vergüenza<br>Baja autoestima<br>Trastornos psicosomáticos<br>Crisis de pánico<br>Fobias<br>Conductas sexuales inseguras<br>Trastornos alimentarios<br>Estrés postraumático<br><br>Abuso de drogas<br>Escaso cuidado personal | Disminución de la libido<br>Anorgasmia<br>Falta de autonomía sexual | Embarazos no deseados<br>Embarazos de alto riesgo<br>Infecciones de Transmisión Sexual<br>Abortos en condiciones inseguras<br>Infecciones urinarias a repetición<br>Dolores pélvicos crónicos | Dolores crónicos<br>Cansancio<br>Síndrome de colon irritable<br>Funcionamiento físico reducido<br>Problemas gastrointestinales | Fracturas<br>Contusiones<br>Escoriaciones<br>Hematomas<br>Heridas<br>Equimosis<br>Rotura del tímpano |

**Fuente:** OMS 2003 Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud.

Los estudios de violencia contra la mujer demuestran que la baja autoestima y culpa son rasgos de las mujeres maltratadas y que además de los efectos físicos, la agresión constante cambia el comportamiento de la mujer, existiendo síntomas como falta de concentración, confusión, trastornos en su forma de vida, experimentar intensos sentimientos de incomunicación, vergüenza, timidez, depresión o miedos prolongados. Se pueden producir trastornos sexuales, como miedo a la intimidad, libido disminuida etc. Según Valdés (1998) "las situaciones de maltrato extremo generan distorsiones cognitivas importantes como la minimización, la negación, la disociación o separación de la mente del cuerpo durante los momentos de mayor intensidad de los golpes, mecanismos de defensa de las mujeres para sobrevivir a los incidentes, esta situación les impide en muchos casos, reconocer la magnitud del

peligro en que se encuentran ellas y su familia, de modo que no saben cómo protegerse, cuándo pedir ayuda, donde recurrir en caso de emergencia.” [40]

## 2.5 Hipótesis

La violencia  tiene efectos negativos en la salud de la mujer

### 2.6 Señales de las Variables

Variables Independientes: VIOLENCIA  HACIA LA MUJER

Variables Dependientes: EFECTOS EN LA SALUD

# CAPITULO 3. METODOLOGÍA

## 3. 1 Modalidad básica de la investigación.

El diseño de la investigación responde a la modalidad de investigación de campo que se apoyó en la documentación bibliográfica: libros, tesis, proyectos, revistas, informes, publicaciones internet en donde se revisaron temas similares al tópico en estudio para: caracterizar, identificar, relacionar y profundizar en el tema de violencia hacia la mujer con la finalidad de respaldar los resultados obtenidos en la realidad investigada.

## 3.2 Nivel o tipo de investigación

En la investigación se utilizó la siguiente clasificación

• Observacional: porque no se realizó manipulación del objeto de estudio.

• Descriptiva: porque se identificó y caracterizó datos que permitan desarrollar las variables y profundizar en el conocimiento del problema.

• Transversal: porque la información se recoge en un momento del tiempo y se tuvo contacto con el objeto de estudio por una sola ocasión.

## 3.3 Población y Muestra.

### 3.3.1 Población

La población se constituyó por las 770 mujeres que pertenecen al Subcentro de salud de San Andrés en el año 2016.

### 3.3.2 Muestra

La selección muestral se hizo por un muestreo regulado se escogió aquellas mujeres que refirieron ser víctimas de violencia en cualquiera de sus formas. Usando el programa EPIDAT (Programa para análisis de datos tabulados) con una proporción

esperada del 60% un nivel de confianza del 95% se obtuvo una muestra de 250 mujeres

### 3.3.3 Criterios de inclusión

Edad entre 20 y 64 años

Tener una pareja (entendiendo por relación de pareja aquella relación de carácter sentimental mantenida por la mujer con un hombre)

Pertenecer a los barrios incluidos en el estudio

### 3.3.4 Criterios de exclusión

Maltrato, no reconocido por la paciente.

Padecer una discapacidad intelectual o psicológica.

Acudir a la consulta en compañía de la pareja

### 3.3.5 Criterios Éticos

Consentimiento informado (Anexo 3) para participar en el estudio en el que la mujer autorice la aplicación de los instrumentos, garantizando la confidencialidad.

### 3.4 Operacionalización de variables

**Variable independiente**: Violencia a la Mujer

| **DIMESION** | **INDICADOR** | **ESCALA** | **TECNICA O INSTRUMENTO** |
|---|---|---|---|
| Violencia Física | Síntomas físicos inespecíficos.<br>Lesiones físicas | Si<br>No | Cuestionario |
| Violencia Psicológica | Daño emocional | Si<br>No | |
| Violencia Sexual | Prácticas sexuales no deseadas | Si<br>No | |
| Violencia Económica | Control de los recursos monetarios de la mujer | Si<br>No | |

Elaborado por: Mariana Isabel Velástegui Pérez.

**Variable dependiente:** Salud de la Mujer

| DIMESION | INDICADOR | ESCALA | INSTRUMENTO |
|---|---|---|---|
| Trastornos Psicológicos | Depresión | 0-7 normal<br>8-13 Depresión leve<br>14-18 Depresión Moderada<br>19-22 Depresión Severa<br>Mas 23 depresión muy severa. | Cuestionario<br><br>Test de Hamilton |
| | Ansiedad | 0- 14 Normal<br>14-17 Ansiedad Leve<br>18-24 Ansiedad Moderada<br>25-30 Ansiedad Severa | |
| Síntomas físicos Inespecíficos | Cefalea<br>Trastornos del sueño<br>Cervicalgia<br>Falta de fuerza<br>Dolores musculares | Si<br>No | |
| Trastornos Genitourinarios | Disminorrea<br>Disminución de la libido<br>Infección de vías Urinarias<br>Dispareunia | Si<br>No | |
| Trastornos Endocrinos | Cambios de Peso<br>Falta de Apetito | Si<br>No | |

Elaborado por: Mariana Isabel Velástegui Pérez.

### 3.5 Plan de recolección de la información

Para la recolección de datos previamente se obtuvo el consentimiento informado de las mujeres incluidas en el estudio para posteriormente proceder a la aplicación de los instrumentos.

### 3.6 Plan de procesamiento de la información

Al ser una investigación cualitativa se analizaron los contenidos y las respuestas. Los resultados fueron sometidos a un proceso de tabulación, análisis estadístico e interpretación siguiendo los siguientes pasos:

1. Se revisó la información obtenida para garantizar que estén todos los datos a analizar y/o requeridos.

2. Tabulación de datos: mediante el programa Excel.

3. Se elaboraron gráficos y tablas, para una mejor interpretación y análisis de los datos.

4. Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influye significativamente en los análisis.

5. Presentación de resultados

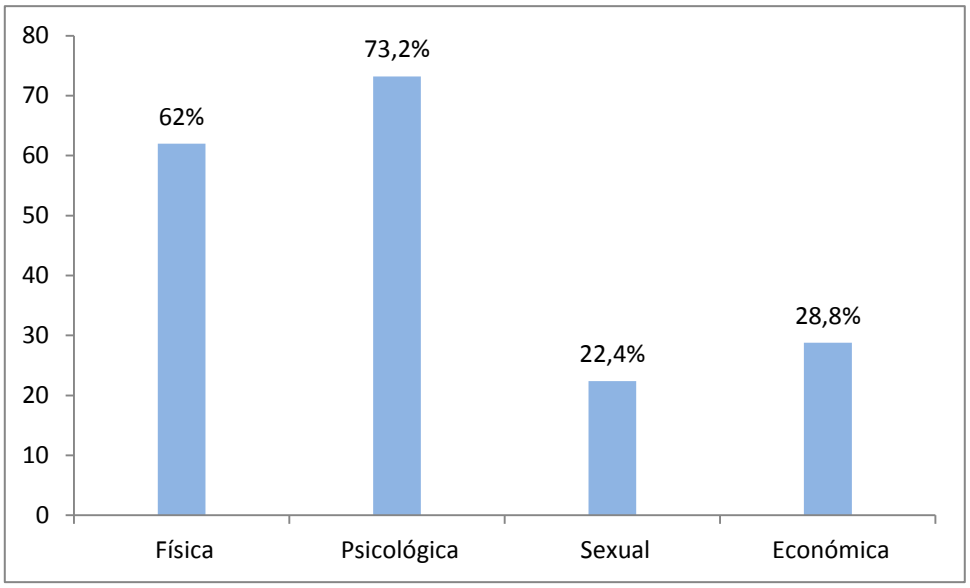
## CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Durante el período de recolección de la información, se entrevistaron 250 mujeres quienes cumplieron los criterios de inclusión.

### 4.1 Formas de Violencia

#### 4.1.1 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al Subcentro de salud de San Andrés, 2016.

**Gráfico N. 3 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés**




**Fuente:** Tabla 10. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana Isabel

*Calculado sobre la base de 250 mujeres las cuales pueden vivir simultáneamente diferentes tipos de violencia.

Los resultados corresponden con la Encuesta Nacional de Relaciones Familiares, ya que es la violencia psicológica con el 73,2 %, la que se identifica con mayor frecuencia en las mujeres violentadas, porque refieren haber recibido amenazas,

ausencia de comunicación e intimidación, como vía para lograr los deseos, exigencias o voluntad generalmente del hombre.

Es común que las mujeres soporten en silencio y accedan a estas demandas para mantener la familia, el hogar o sencillamente porque no tienen otro lugar a donde dirigirse a vivir. La violencia psicológica tiene como objetivo disminuir la autoestima de la víctima, quien poco a poco y sin saber cómo se vuelve muy dependiente del hombre, tanto desde lo personal, económica y social.

La violencia física con un 62% manifestada, a través de, pellizcos, zarandeos, jalones de pelo, empujones hasta llegar a golpes, etc. Que a su vez van favoreciendo el establecimiento de una relación basada en el abuso y el temor, que en muchas ocasiones ha tenido como modelo de aprendizaje una relación violenta en los hogares de los que provienen. La agresión física al igual que el maltrato psicológico, suelen empezar siempre con pequeñas agresiones que no deben ser toleradas.

Las etapas iniciales por las que atraviesa la víctima antes de llegar al maltrato físico donde puede a correr riesgo su vida, se relacionan con el maltrato psicológico de manera sutil que afecta la autoestima de la víctima disminuyéndola hasta anularla generándole inseguridad, estas mujeres generalmente no cuentan con apoyos externos y sus temores pueden llegar a bloquear su conducta ante cualquier acción.

La violencia sexual con un 22,4% y la económica, con un 28,8%, aunque se expresan en menor escala, generalmente tienen un subregistro, ya que estas formas de violencia no siempre son identificadas por las mujeres a las que se les práctica, ya que las mismas al considerarse propiedad del hombre que las mantiene, siguen pensando que ellos tienen derecho a los favores sexuales para satisfacerlos cuando ellos lo decidan, lo cual incluye la decisión de tener o no más hijos, es común que muchas de estas mujeres ni siquiera se atrevan a decidir, sin el consentimiento del marido, el uso de algún método anticonceptivo, aun cuando puede correr riesgo su vida o la del feto. Por otra parte es el hombre quien administra el dinero, aun cuando ambos aportan a la economía familiar, ya que la comprensión del mismo como figura de autoridad dentro

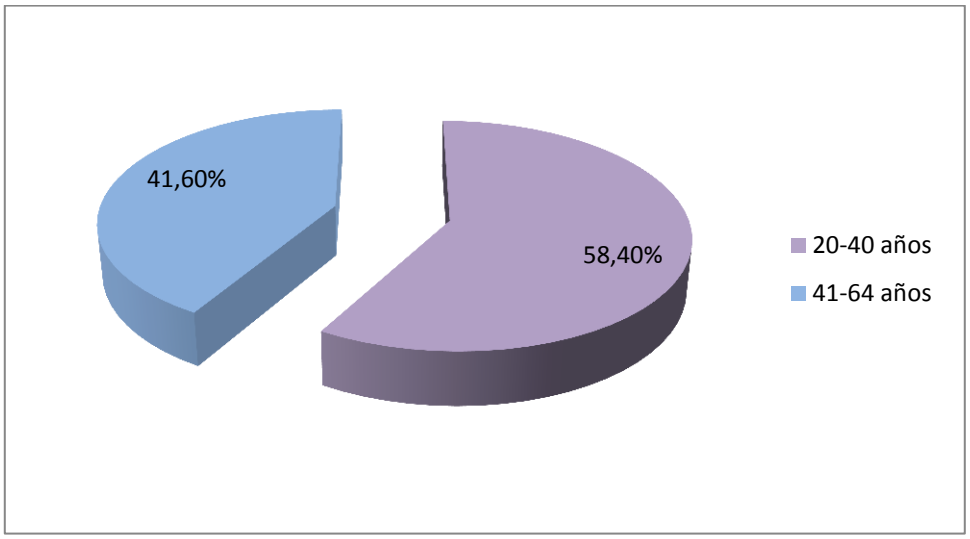
de la familia no queda clara, atribuyéndole la propia mujer el rol de tesorero, rol que en muchas ocasiones favorece el uso de ese dinero para satisfacer deseos sexuales extramatrimoniales y/o el consumo de bebidas alcohólicas, favoreciendo así la práctica de violencia. En el análisis de estos resultados es importante señalar que se evidenció en las entrevistas, cómo las víctimas, tal y como describe la literatura, se ven envueltas, sin que se percaten de ello en el ciclo de la violencia.

Según Encuesta Nacional de Relaciones Familiares realizada en el año 2011 se reporta que 6 de cada 10 mujeres en el Ecuador han vivido algún tipo de violencia de género y a nivel Tungurahua el valor es de 7 de cada 10 mujeres [41]. En la muestra estudiada, se observa correspondencia con los datos referidos en Ecuador y Tungurahua en los últimos años.

### 4.1.2 Características Sociodemográficas de las Mujeres víctimas de violencia.

#### 4.1.2.1 Edad de las mujeres

**Gráfico N. 4 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés**




**Fuente:** Tabla N11. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana Isabel

Según la distribución de la edad en la población predominan las mujeres de 20 a 40 años con el 58,4% comprendida en la etapa de adultas jóvenes, las que acorde con su

ciclo vital los motivos esenciales que movilizan su personalidad son la profesión, la pareja y la familia constituida por ellas mismas.

Es común que entre las mujeres jóvenes, sobretodo en el período comprendido entre los 20 y 30 años, haya una tendencia a la idealización del amor, la pareja y las expectativas están dirigidas a la elección y mantenimiento de la pareja, sobre la base de la concepción de una "pareja ideal", criterio que en muchas ocasiones hace que soporten violencia en pos de mantener a su lado a la persona idealizada aunque ya no cumpla esas expectativas.

Las mujeres del grupo más joven refirieron temor a quedarse solas, sin protección ya que en muchos casos provienen de familias disfuncionales, con ausencia de la figura paterna o de madres solteras. Otro factor importante es que al dejar a la familia de origen refieren sentirse protegidas por su pareja a pesar de sufrir algún tipo de violencia.

En el caso de las adultas medias, cuya cifra no se diferencia mucho de la etapa anterior, con el 41,60 % pasa a tener un mayor peso la familia constituida por ellas mismas, así como la atención a la pareja y el mantenimiento de un trabajo para contribuir a la economía familiar. En este grupo ya muchas mujeres han dejado atrás la idea romántica del amor pues han sido sometidas por años a malos tratos, pero aun así persiste la esperanza de que con los años y el envejecimiento su pareja masculina cambie.

Es una etapa de balance en la vida de las mujeres, entre las expectativas y lo que han logrado, se hace evidente en las entrevistas el desencanto provocado por una relación no feliz, con privilegios para el hombre tanto en lo macro, por las posibilidades en el mercado de empleo y el cumplimiento de los cánones de la fidelidad a la pareja y la menor responsabilidad con la familia y la poca permanencia en el hogar, desde lo micro.

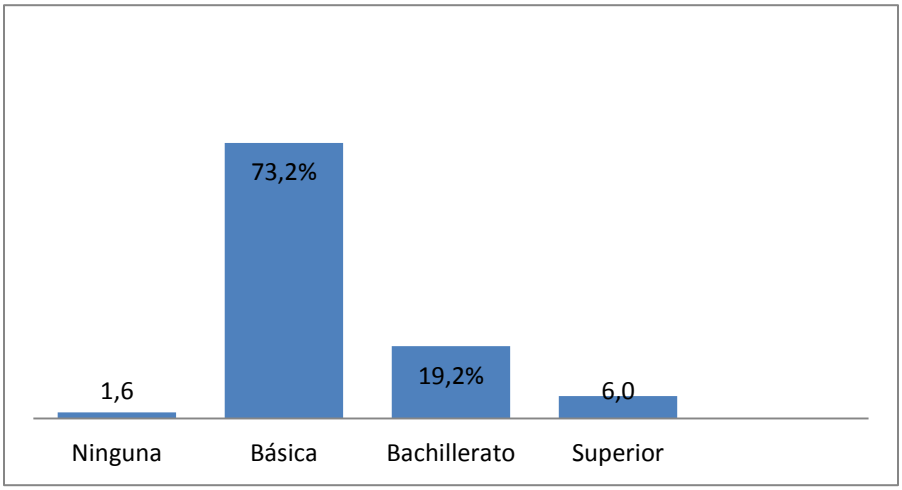
Las adultas medias suelen identificar el maltrato en pro de la lealtad a la unión familiar, desde el cumplimiento de sus roles asistenciales. Esto guarda una estrecha

relación con la maternidad y cómo muchos hombres la aprovechan conociendo la importancia que le concede la mujer a la misma, para mantenerlas sometidas y que soporten y no los abandonen.

Por tanto se considera que los elementos que marcan la relación de la edad con la violencia están dados en las mujeres del grupo más joven por la esperanza de que los esposos cambien su comportamiento hacia ellas y se acerquen a su ideal de pareja y en el caso del segundo grupo la resignación de mantenerse junto al hombre que han vivido para terminar de criar a sus hijos y sentirse protegidas durante la vejez que se avecina. Ambas razones mantienen a los dos grupos de mujeres en la misma situación dentro del ciclo de la violencia.

#### 4.1.2.2 Nivel de Instrucción de las Mujeres

**Gráfico N. 5 Nivel de instrucción de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016.**




**Fuente**: Tabla N 12. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel

El nivel de instrucción en la población estudiada es bajo y concuerda exactamente con el INEC de la provincia de Tungurahua quien indica que la alfabetización es

representada principalmente por la instrucción primaria y secundaria y muy baja presentación la superior. [42]

El hecho de que el 73, 2% de las mujeres tenga solamente la educación básica favorece que las prácticas violentas hacia ellas estén veladas ya que pueden ser asimiladas como algo normal dentro de la relación de pareja y la familiar.

Si se relaciona la edad con el nivel escolar, es evidente que es un grupo de mujeres que ha abandonado la escuela tempranamente dedicándose a trabajar para contribuir y/o mantener a la familia que han formado.

Estas mujeres generalmente tienen escasa educación y mucho menos una cultura de equidad de género, ya que han buscado en la pareja fundamentalmente protección, exacerbando el rol de proveedor de la misma.

Teniendo en cuenta las revisiones realizadas, y concretamente el estudio de la Organización Mundial de la salud en el 2016 [43 ] que corroboro que a mayor nivel educativo menor violencia hacia la mujer, se observó este efecto en las mujeres con estudios más allá de la secundaria. Una mujer con mayor nivel educativo tiene más posibilidad de elegir a su pareja así como casarse, no hacerlo y controlar los recursos dentro de la pareja.

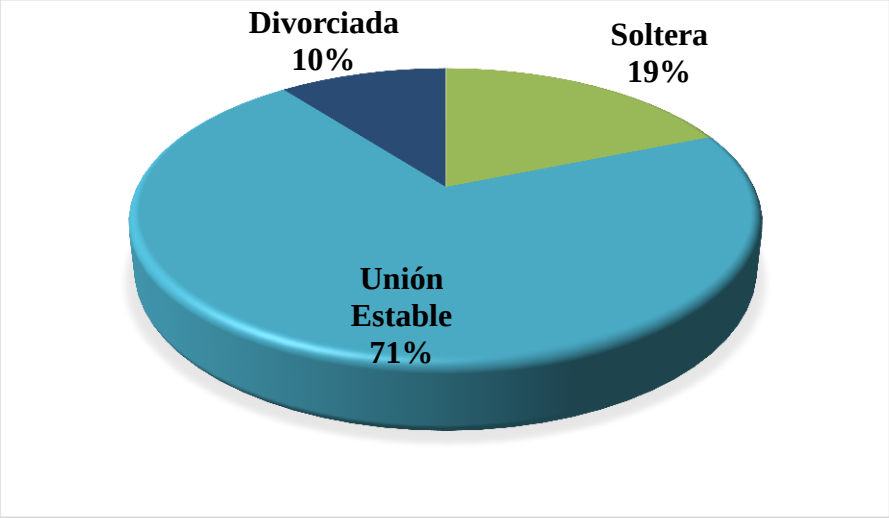
Las mujeres con estudios profesionales tienen menos riesgo de sufrir alguna forma de violencia, por su independencia económica y cognoscitiva que les permite insertarse en un sistema de relaciones donde no son comunes las prácticas violentas ya que la mujer llega a la relación de pareja o al matrimonio con los preceptos de la equidad de géneros y vela por cumplirlos y mantenerlos.

Las mujeres con menor escolaridad, generalmente el tema de la violencia está oculto, ya que no es consciente de tales prácticas hacia su persona y en muchos casos asume estas relaciones como algo normal ya que es totalmente dependiente de su agresor, tanto económicamente como desde el punto de vista psicológico. Es por ello que se sugiere que los programas sociales para la atención y eliminación de la violencia hacia las mujeres, se dirijan a todo tipo de población.

Analizar el proceso educativo desde la perspectiva feminista implica ver al proceso educativo como forma de dominación cultural a la que en algunos casos solo tienen acceso los hombres y del que se margina a las mujeres, llevando a reproducir relaciones de dominio entre géneros y clases sociales. Para otras corrientes feministas, la educación es un medio para lograr la igualdad de oportunidades sin cuestionar los modelos que adquiere cada sociedad como el medio para lograr la igualdad de oportunidades, sin cuestionar los modelos de sociedad que reproducen. (44)

### 4.1.2.3 Estado Civil de las Mujeres

**Gráfico N. 6 Estado civil de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016**




**Fuente:** Tabla N 13. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel

En el período que se realizó el estudio 71 % de las mujeres maltratadas refirió mantener una relación (casadas y las que viven en unión libre), seguido de un 19 % por las solteras y un 10% por las divorciadas.

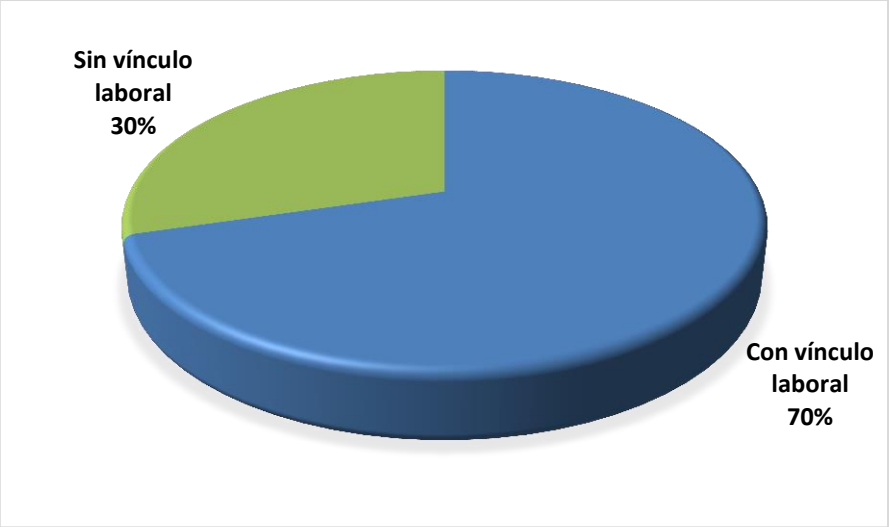
Según un estudio realizado en Cartagena de Indias (Colombia) el modelo que mejor explica la presencia de violencia hacia la mujer incluye los siguientes factores: estado civil, estar casadas o en unión libre [(45)]. Algo similar a lo que se ve reflejado en

nuestro estudio lo que indica esa relación de poder manifestado durante las uniones conyugales.

El estatus de mujer casada, es propio de la etapa de la vida en que se encuentran estas mujeres puesto que es un período donde la familia está cumpliendo la función reproductiva, por excelencia. Teniendo en cuenta la edad, el nivel escolar y la formación de familias desde edades tempranas, se observa que uno de los contribuyentes de la violencia en este grupo es el hecho de que algunos de estos matrimonios o uniones libres se iniciaron a partir de embarazos no planificados y han continuado, muchas veces, sin amor, esta relación de pareja y familia, en que la mujer busca una supuesta protección del hombre.

### 4.1.2.4 Vínculo Laboral de las Mujeres

**Gráfico N. 7 Vínculo Laboral de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016**




**Fuente:** Tabla N.-14 **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel.

El 70 % de las mujeres mantienen un vínculo laboral frente al 30 % que no lo tiene. La práctica de la violencia a las mujeres del grupo objeto de estudio, en el ámbito laboral, se manifiesta no en el aislamiento del trabajo sino más bien en sus

condiciones laborales precarias, los salarios por debajo de los hombres, a pesar de realizar las mismas actividades y la falta de independencia económica frente a sus compañeros, estas condiciones favorecen el acoso, el abuso y la violencia, tanto en el ámbito familiar como en el laboral.

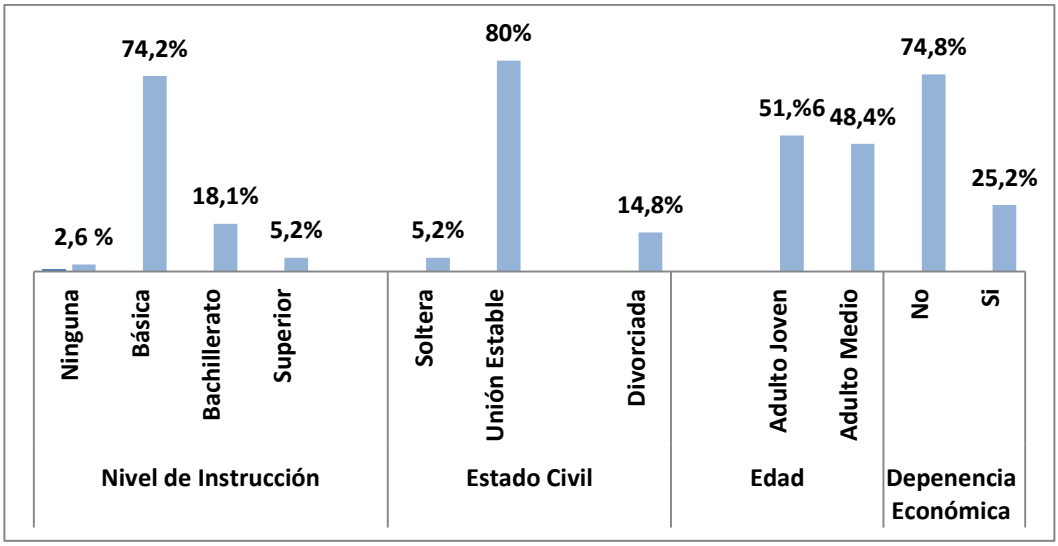
A la situación anterior se suma el desconocimiento de las mujeres que viven esta situación de violencia sobre los recursos a su alcance para utilizar las leyes que las protegen, lo cual guarda una estrecha relación con el nivel de instrucción alcanzado.

Las mujeres objeto de estudio, en su mayoría trabajan en labores agrícolas, domésticas, o de confección de calzado y ropa y aunque perciben un salario que les permite contribuir a la economía de la familia, continúan dependiendo económicamente de sus parejas porque siguen siendo los hombres los proveedores por excelencia ya que ellos manejan una mayor cantidad de dinero por su trabajo.

Este aspecto influye también en las prácticas violentas ya que se relaciona el mayor aporte económico con el uso del poder en la familia y la pareja. Estas condiciones, junto con la falta de recreación en la familia, su baja instrucción y la naturalización de la violencia en la sociedad generan un ambiente rutinario, tenso, cargado de estrés acumulativo, que predispone a la pareja a situaciones de conflictos y prácticas de diferentes tipos de violencia.

### 4.1.2.5 Violencia física y variables sociodemográficas

**Gráfico N. 8 Distribución de mujeres víctimas de violencia física y variables sociodemográficas.**




**Fuente**: Tabla N 15. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana

La investigación obtuvo que las variables sociodemográficas estadísticamente significativas para la violencia física son el estado civil con una p= 0,000 la edad con una p= 0,005 así como la dependencia económica con una p= 0,050. Como se señala en la tabla N.-15.

En cuanto al nivel de instrucción no es estadísticamente significativo y no coincide con lo planteado por la Organización mundial de la Salud quien menciona entre los factores asociados a un mayor riesgo de ser víctima de maltrato la baja instrucción.

La asociación de violencia física con el estado civil sobre todo mantener una unión estable (casadas y unión libre) con una proporción del 80%, respecto a las 155 víctimas se explica porque este vínculo refuerza la idea que la mujer debe soportar el maltrato para mantener unida a su familia. Esto sobrepasa lo reportado por el INEC

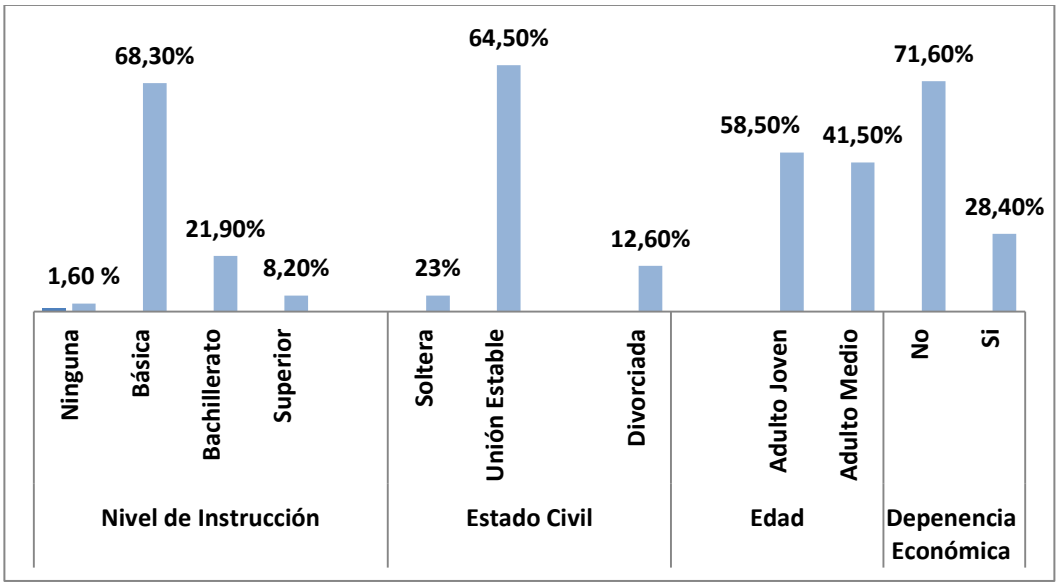
2011 ya que según esta 7 de cada 10 mujeres con algún vínculo marital han vivido violencia [40]

Tanto las adultas jóvenes y las adultas medias presentan violencia física existe un ligero predominio en las adultas jóvenes quizá explicado por el ciclo vital que atraviesan que es la etapa de formación y extensión, sin embargo los datos obtenidos indican que no existe distinción de edad, este dato concuerda con la estadística provincial y con un estudio publicado en el 2015 en Cienfuegos (Cuba) donde se determinó que el grupo etáreo más afectado por la violencia son las mujeres de 35-44 años [46].

Como se expresa en el grafico 7 el 74,84% de las mujeres víctimas de violencia física no dependen económicamente de sus parejas lo que nos indica que el hecho de tener un ingreso propio no las exime de ser violentadas, en nuestra comunidad una mujer que tiene independencia económica está a merced de su verdugo ya que él logra manipularla bajo la cohesión física. Mientras que tan solo el 25,16% de las de violentadas físicamente dependen económicamente de sus parejas, por lo tanto la independencia económica no es un factor protector esto coincide con (Shelley D. 2013) [47] quien encontró que las trasferencias monetarias aumentan la violencia psicológica y física, pues los hombres al ver que su rol de proveedores de la economía del hogar concurren a la violencia para retomar el dominio de los recursos y el poder de decisión.

### 4.1.2.6 Violencia Psicológica y Variables Sociodemográficas

**Grafico N. 9 Distribución de mujeres víctimas de violencia psicológica y variables sociodemográficas**




**Fuente:** Tabla N. 16 **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

Dentro de las formas de maltrato en nuestro estudio predomino la violencia psicológica al relacionarla con las variables sociodemográficas resultaron estadísticamente significativas la instrucción con una p= 0,017 y el estado civil con una p= 0,001. En cuanto a la edad y la dependencia económica estas no son significativas. Esto señalado en la tabla N.-16.

Según la escolaridad de las mujeres predominan las mujeres de instrucción básica con un 68,31%, seguidas de las que estudiaron el bachillerato con el 21,86%. Esto coincide con el estudio realizado por Hidrovo 2013 quien indica un aumento de la violencia emocional para las mujeres con educación básica primaria o más baja. [48]

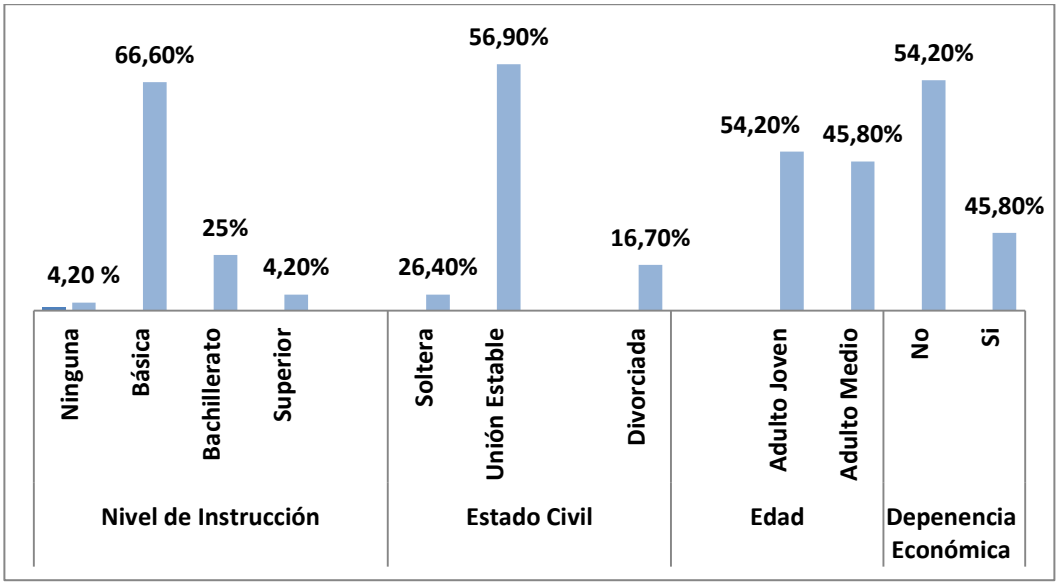
Llama la atención que el 23% de las mujeres solteras refieren vivir violencia psicológica esto nos indica que desde las relaciones del noviazgo este fenómeno se presenta, esto coincide con un estudio realizado en Colombia sobre prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo cuyo resultado fue que el tipo más frecuente de maltrato fue el psicológico. [49]

El maltrato emocional o psicológico afecta en mayor porcentaje a las mujeres que no dependen económicamente con un 71,60 % este fenómeno se puede explicar por la influencia combinada de los bajos niveles de educación con la dependencia para tener acceso a las finanzas del hogar lo que indica que aunque la mujer tiene sus propios recursos deberá esforzarse para que esos recursos sean manejados por ella misma.

Es por esto que los programas de microcréditos o préstamos para las mujeres se han relacionado con la reducción de los índices de violencia en el extranjero. [50] Sin embargo, para que estos programas sean significativos en nuestro medio las mujeres deben ver su independencia financiera y la capacidad para tomar decisiones financieras como componentes de su papel en la familia.

### 4.1.2.7 Violencia Económica y Variables Sociodemográficas.

**Grafico N. 10 Distribución de mujeres víctimas de violencia económica variables sociodemográficos**




**Fuente:** Tabla N 17**. Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

Las variables sociodemográficas estadísticamente significativas para la violencia económica son el estado civil con una p= 0,008 y la dependencia económica con una p= 0,000 viven más violencia económica las casadas y las independientes económicamente como se indica en la tabla. N.-17.

De las 72 mujeres que reconocieron vivir violencia económica el 66,70% alcanzaron la educación básica, como se mencionó en líneas anteriores este mismo factor puede elucubrar los datos reales de esta forma de violencia, y se constató al realizar el trabajo de campo donde muchas mujeres no reconocen la violencia económica como tal.

Acorde con su estado civil las violentadas económicamente son las mujeres que mantienen una relación estable con el 56,9% esto se explica porque al estar casadas

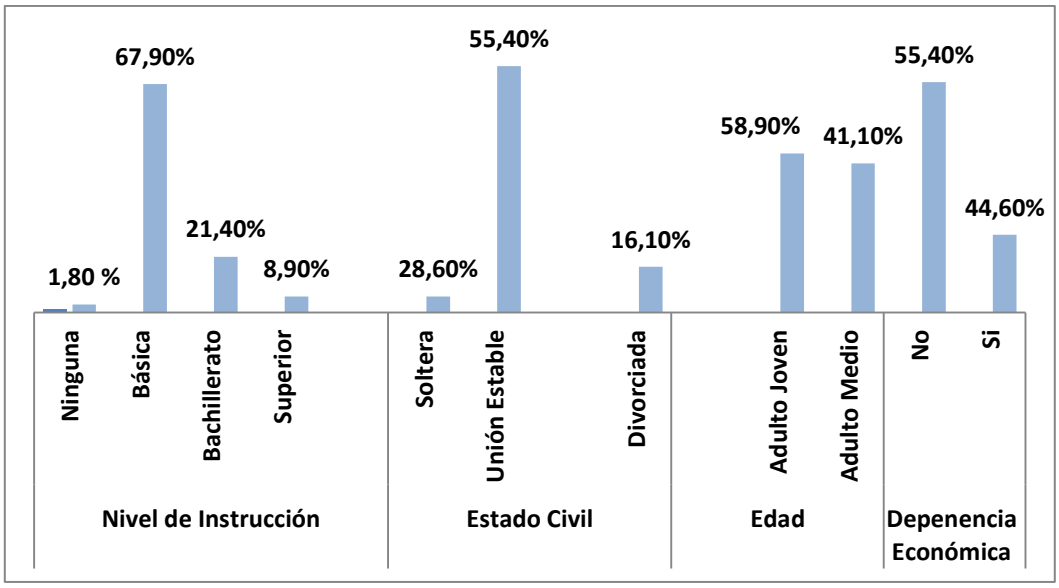
o unidas;  el rol de proveedor del hogar lo cumple el esposo y aunque existe un aporte por parte de ellas estos recursos nos son administrados por las mujeres.

A menor edad más violencia económica, es lo que refleja el estudio ya que el 54,20% que corresponde a las adultas jóvenes viven esta forma de maltrato, pese a ello la diferencia no es tan grande respecto a las adultas medias lo que coincide con muchos estudios donde se indica que para que la violencia se presente no existe diferencia de edad, sexo, instrucción, etc.

La violencia económica en el grupo objeto de estudio aparece con resultados enmascarados ya que las mujeres consideran como algo normal el dominio y control por parte de la pareja de los bienes materiales, así como del dinero percibido con el trabajo de ambos y del uso que se le dé al mismo. Así se observa que el 54,20% de las mujeres violentadas económicamente no dependen  económicamente de su pareja. Mientras que el 45,80 % que vive violencia económica si depende económicamente de su pareja con estos datos verificamos que el depender o no económicamente de alguien no influye en la aparicion de esta forma de violencia. Teniendo en cuenta la revisión teórica realizada a las mujeres víctimas de violencia económica o patrimonial reflejan los estereotipos que arrastran de generaciones anteriores donde predomina una relación de poder, sin amor y equidad, así como el sometimiento del género femenino en la vida familiar y de pareja, que se manifiesta más aún en las áreas rurales pero también entre mujeres citadinas e incluso con elevado nivel escolar.

### 4.1.2.8 Violencia Sexual y Variables Sociodemográficas.

**Gráfico N.11 Distribución de mujeres víctimas de Violencia Sexual según variables sociodemográficas**




**Fuente**: Tabla N.18 **Elaborado por** Mariana Velástegui Pérez

Para la violencia sexual las variables estadísticamente significativas fueron el estado civil con una p=0,016 así como la dependencia económica con una p=0,005. Ver tabla N.-18

El porcentaje general de violencia sexual identificado en la investigación fue bajo y el grupo en que más predomino según el nivel de instrucción fue el básico. Esta cifra coincide plenamente con OMS quien reporto como factor asociado a un mayor riesgo de ser víctima de violencia sexual; la baja instrucción, haber estado expuesta a escenas violentas entre los padres, el maltrato durante la niñez, actitudes de aceptación de la violencia y la inequidad de género [(51)] En este estudio la forma de violencia sexual que mayormente se identificó fueron las relaciones sexuales forzadas dentro del matrimonio.

El 55,40% de las 56 mujeres que aceptaron haber vivido violencia sexual pertenecen al grupo de las que mantienen una relación estable esto coincide plenamente con la

OMS y su estudio multipaís quien encontró que en el Perú el 46,7 % de las mujeres refirieron haber vivido violencia sexual por su pareja [52]

La edad no es un factor que influya en la violencia sexual ya que la diferencia entre las adultas jóvenes con el 54,16% y las medias con el 41,08% no es importante. Coincide con la OMS que reporta que las mujeres de 15 a 49 años que en algun momento tuvieron una pareja refirieron haber sufrido violencia sexual por su pareja después de la edad de 15 años [40] [53]

Pese a que la edad no es un factor relacionado con esta forma de violencia mencionaremos que el discreto predominio en las adultas jovenes esta dado porque no identifican la función erótica que debe cumplir la pareja, esta función es minimizada por la función reproductiva, la que consideran fundamental para su realización como mujer y porque refuerza el desempeño y la fertilidad del hombre. La mayoría de las mujeres perciben la relación sexo-erótica como un deber más a cumplir entre tantos que tiene para con su pareja, que su satisfacción sexual queda relegada a satisfacer solamente a su pareja cuando esta lo exige y esta es una manifestacion oculta de la violencia sexual.

### 4.1.3. Violencia y sus efectos en la salud

Los efectos de la violencia en la mujer son amplios e influyen en todas las dimensiones de su vida, su salud, sus hijos y por ende se extienden a la sociedad es por esto considerada un problema de salud pública. [54].

### 4.1.3.1 Violencia hacia la mujer y síntomas físicos no especificados.

**Taba N. 2 Relación del síntoma cefalea con las distintas formas de violencia**

| | | Cefalea | | | | Total | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No | | Si | | | | | |
| | | # | % | # | % | # | % | $X^2$ | P |
| **Violencia Económica** | No | 94 | 91,30 | 84 | 57,10 | 178 | 71,20 | 34,383 | 0,000* |
| | Si | 9 | 8,70 | 63 | 42,90 | 72 | 28,80 | | |
| | Total | 103 | 100,00 | 147 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Física** | No | 32 | 31,10 | 63 | 42,90 | 95 | 38,00 | 3,573 | 0.059 |
| | Si | 71 | 68,90 | 84 | 57,10 | 155 | 62,00 | | |
| | Total | 103 | 100,00 | 147 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Psicológica** | No | 59 | 57,30 | 8 | 5,40 | 67 | 26,80 | 82,964 | 0,000* |
| | Si | 44 | 42,70 | 139 | 94,60 | 183 | 73,20 | | |
| | Total | 103 | 100,00 | 147 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Sexual** | No | 84 | 81,60 | 110 | 74,80 | 194 | 77,60 | 1,575 | 0.209 |
| | Si | 19 | 18,40 | 37 | 25,20 | 56 | 22,40 | | |
| | Total | 103 | 100,00 | 147 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

El síntoma cefalea es estadísticamente significativo con la variable violencia psicológica con una p = 0,000 y la variable violencia económica con una p = 0,000.

Según la literatura el 70% de las cefaleas recurrentes crónicas son por tensión [55]. La mujer víctima de malos tratos se encuentra sometida a una presión constante ya que vive bajo la amenaza diaria y constante de su agresor. Los resultados obtenidos indican que la violencia en todas sus formas causa más del 40% de casos de cefalea. Esto se compara perfectamente con lo publicado por Mc Cauley 2011 en su estudio de características clínicas de la violencia doméstica en la práctica de medicina interna en la atención primaria donde la cefalea tiene una asociación significativa con el maltrato. [56]

**Taba N. 3 Relación del síntoma trastorno de sueño con las distintas formas de violencia**

| | | Trastornos del Sueño | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Si** | | Total | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| Violencia Económica | No | 140 | 82,80 | 38 | 46,90 | 178 | 71,20 | | |
| | Si | 29 | 17,20 | 43 | 53,10 | 72 | 28,80 | 34,466 | 0,000* |
| | Total | 169 | 100,00 | 81 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Física | No | 50 | 29,60 | 45 | 55,60 | 95 | 38,00 | 15,674 | 0.000* |
| | Si | 119 | 70,40 | 36 | 44,40 | 155 | 62,00 | | |
| | Total | 169 | 100,00 | 81 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Psicológica | No | 47 | 27,80 | 20 | 24,70 | 67 | 26,80 | | |
| | Si | 122 | 72,20 | 61 | 75,30 | 183 | 73,20 | 0,272 | 0,602 |
| | Total | 169 | 100,00 | 81 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Sexual | No | 141 | 83,40 | 53 | 65,40 | 194 | 77,60 | | |
| | Si | 28 | 16,60 | 28 | 34,60 | 56 | 22,40 | 10,206 | 0.001* |
| | **Total** | 169 | 100,00 | 81 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana.

El síntoma trastornos del sueño es esdísticamente significativo con la variable violencia física con una p = 0,000; la variable violencia económica con una p = 0,000 y la violencia sexual con una p = 0,000.

En la tabla podemos observar que los trastornos del sueño son más frecuentes en víctimas de violencia sexual con un 65,40%, esto sobrepasa lo encontrado en un estudio realizado en Gualaceo (Cuenca -Ecuador) donde se determinó que las mujeres

víctimas de violencia intrafamiliar presentaron un 28,33% de trastornos del sueño [57].
La violencia sexual atenta contra la libertad y la dignidad de las personas, genera una compleja gama de trastornos de la integridad de la víctima en su entorno familiar, laboral, educacional y social. Uno de los síntomas más relevantes en estos casos es el trastorno del sueño, como parte del síndrome de estrés postraumático, las mismas refieren sufrir de insomnio, terrores nocturnos, pesadillas y un estado hipervigilante por temor a ser acosadas u obligadas a tener sexo sin desearlo y/o autorizarlo. Por otro lado estos síntomas están relacionados con la preocupación latente de la mujer por ocultar estas vivencias negativas de su vida, e intimidad ya que generalmente tienen temor a la censura social debido al "sentimiento de culpa" que experimentan cuando son agredidas.

**Taba N. 4 Relación del síntoma falta de fuerza con las distintas formas de violencia**

| | | Falta de Fuerza | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Si** | | **Total** | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| Violencia Económica | No | 145 | 72,10 | 33 | 70,20 | 178 | 71,20 | | |
| | Si | 56 | 27,90 | 14 | 29,80 | 72 | 28,80 | 5,053 | 0,080 |
| | Total | 201 | 100,00 | 47 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Física | No | 85 | 42,30 | 10 | 21,30 | 95 | 38,00 | | |
| | Si | 116 | 57,70 | 37 | 78,70 | 155 | 62,00 | 8,374 | 0.015* |
| | Total | 201 | 100,00 | 47 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Psicológica | No | 62 | 30,80 | 5 | 10,60 | 67 | 26,80 | | |
| | Si | 139 | 69,20 | 42 | 89,40 | 183 | 73,20 | 8,667 | 0,013* |
| | Total | 201 | 100,00 | 47 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Sexual | No | 155 | 77,10 | 39 | 83,00 | 194 | 77,60 | | |
| | Si | 46 | 22,90 | 8 | 17,00 | 56 | 22,40 | 7,738 | 0,021* |
| | Total | 201 | 100,00 | 47 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana

La falta de fuerza asociada a las variables violencia Física, Psicológica, Sexual fue estadísticamente significativa exepto para la variable dependencia económica. Llama la atención el porcentaje de mujeres con falta de fuerza 78,70 % para la violencia física y 89,40% para la psicológica, este síntoma forma parte de los llamados

trastornos psicosomáticos o que no responden a ninguna enfermedad física pero muy frecuentes en la mujeres víctima de maltrato como se señala la psicóloga Ana Mena (2011)[58] en la revista de salud mental y artículo afectación en la salud de mujeres víctimas de violencia de género. La mujer violentada experimenta el síndrome de fatiga crónica debido al desequilibrio emocional que provoca el agotamiento e insatisfacción de una vida llena de malos tratos esto además implica una disminución de la concentración, ansiedad, , falta de voluntad y de memoria, además de debilidad física y mental.

**Tabla N. 5 Relación del síntoma cervicalgia con las distintas formas de violencia**

| | | Cervicalgia | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Si** | | **Total** | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| **Violencia Económica** | No | 119 | 83,80 | 59 | 54,60 | 178 | 71,20 | | |
| | Si | 23 | 16,20 | 49 | 45,40 | 72 | 28,80 | 25,461 | 0,000* |
| | Total | 142 | 100,00 | 108 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Física** | No | 56 | 39,40 | 39 | 36,10 | 95 | 38,00 | | |
| | Si | 86 | 60,60 | 69 | 63,90 | 155 | 62,00 | 0,288 | 0.592 |
| | Total | 142 | 100,00 | 108 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Psicológica** | No | 53 | 37,30 | 14 | 13,00 | 67 | 26,80 | | |
| | Si | 89 | 62,70 | 94 | 87,00 | 183 | 73,20 | 18,557 | 0,000* |
| | Total | 142 | 100,00 | 108 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Sexual** | No | 112 | 78,90 | 82 | 75,90 | 194 | 77,60 | | |
| | Si | 30 | 21,10 | 26 | 24,10 | 56 | 22,40 | 0,307 | 0,580 |
| | Total | 142 | 100,00 | 108 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana

Respecto a la cervicalgia las variables violencia psicológica y la violencia económica con una p= 0,000 son estadísticamente significativas.

La cervicalgia en las mujeres objeto de estudio se puede explicar por el estado de tensión permanente que genera la falta de recursos, las amenazas y humillaciones

recibidas y esto se refleja justamente en la zona de la columna cervical, reconocida como área de carga de las tensiones psicológicas y las preocupaciones en el ser humano.

Según la Red de Investigación y Salud de Genero (2011)[59] el miedo, las lesiones, y el estrés asociados al maltrato pueden generar problemas de salud crónicos, que abarcan desde dolores reumáticos, como cervicalgia, lumbalgia y artritis, hasta complicaciones cardiovasculares. Coker et all en el año 2000 en un estudio transversal a 1152 mujeres encontró el síntoma de cervicalgia con una asociación significativa e incluso habla de que la mujer víctima de malos tratos tiene 1,6 veces más posibilidad de desarrollar dolores crónicos. Estos estudios coinciden con el nuestro.

**Tabla N. 6 Relación del síntoma dolores musculares con las distintas formas de violencia**

| | | Dolores Musculares | | | | Total | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No | | Si | | | | | |
| | | # | % | # | % | # | % | $X^2$ | P |
| **Violencia Económica** | No | 122 | 77,70 | 56 | 60,20 | 178 | 71,20 | 8,715 | 0,003* |
| | Si | 35 | 22,30 | 37 | 39,80 | 72 | 28,80 | | |
| | Total | 157 | 100,00 | 93 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Física** | No | 72 | 45,90 | 23 | 24,70 | 95 | 38,00 | | |
| | Si | 85 | 54,10 | 70 | 75,30 | 155 | 62,00 | 11,067 | 0,001* |
| | Total | 157 | 100,00 | 93 | 100,0 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Psicológica** | No | 51 | 32,50 | 16 | 17,20 | 67 | 26,80 | | |
| | Si | 106 | 67,50 | 77 | 82,80 | 183 | 73,20 | 6,951 | 0,008* |
| | Total | 157 | 100,00 | 93 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Violencia Sexual** | No | 119 | 75,80 | 75 | 80,60 | 194 | 77,60 | | |
| | Si | 38 | 24,20 | 18 | 19,40 | 56 | 22,40 | 0,790 | 0,374 |
| | Total | 157 | 100,00 | 93 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana

Los dolores musculares son un motivo de consulta inespecífico y frecuente en la consulta, la asociación de variables violencia física, psicológica y económica son estadísticamente significativa con una p menor a 0,05.

Esto coincide con Coker 2000 quien reporta a las enfermedades musculo-esqueléticas como el dolor de cuello, migraña, que están asociados como los síntomas físicos inespecíficos más comunes en el maltrato a la mujer [60]

Los dolores musculares y de espalda aparecen asociados en las mujeres que sufren todos los tipos de violencias ya que una característica propia de estos procesos son los dolores crónicos que no responden al tratamiento y hace que la paciente asista a consulta de manera repetida, de ahí la importancia de una buena entrevista médica para poder identificar las causas, ya que generalmente tienden a ocultar estos eventos. Generalmente en estos casos debe combinarse el tratamiento con medicamentos para lograr un alivio sintomático relativamente rápido y psicoterapia para aprender a emplear medios más eficaces para enfrentar el problema de la violencia y cambiar los patrones negativos de pensamiento y conducta.

### 4.1.3.2 Trastornos Psicológicos

**Taba N. 7 Distribución de mujeres víctimas de violencia con depresión según el test de Hamilton. SCS San Andres.2016**

| | | Depresión | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Leve** | | **Moderado** | | **Severa** | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| Violencia Económica | No | 112 | 76,7% | 32 | 59,3% | 25 | 67,6% | 9 | 69,2% | | |
| | Si | 34 | 23,3% | 22 | 40,7% | 12 | 32,4% | 4 | 30,8% | 6,181 | 0,103 |
| | Total | 146 | 100,% | 54 | 100,0% | 37 | 100,0% | 13 | 100,0% | | |
| Violencia Física | No | 52 | 35,6% | 27 | 50,0% | 7 | 18,9% | 9 | 69,2% | 14,752 | 0.002* |
| | Si | 94 | 64,4% | 27 | 50,0% | 30 | 81,10% | 4 | 30,8% | | |
| | Total | 146 | 100,% | 54 | 100,0% | 37 | 100,0% | 13 | 100,0% | | |
| Violencia Psicológica | No | 49 | 33,6% | 0 | 0,0% | 9 | 24,3% | 9 | 69,2% | | |
| | Si | 97 | 66,4% | 54 | 100,0% | 28 | 75,7% | 4 | 30,8% | 35,219 | 0,000* |
| | Total | 146 | 100,% | 54 | 100,0% | 37 | 100,0% | 13 | 100,0% | | |
| Violencia Sexual | No | 133 | 91,1% | 35 | 64,8% | 22 | 59,5% | 4 | 30,8% | | |
| | Si | 13 | 8,90% | 19 | 35,2% | 15 | 40,5% | 9 | 69,2% | 43,783 | 0.000* |
| | Total | 146 | 100,% | 54 | 100,0% | 37 | 100,0% | 13 | 100,0% | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

La variable violencia física con una p = 0,002 así como la violencia psicológica con una p = 0,000 y la variable violencia sexual con una p =0,103 son estadísticamente significativas para la depresión.

Los daños a la salud mental en las víctimas de violencia física, psicológica, sexual y económica practicadas por la pareja, lleva a vivir una situación de intenso estrés por periodos largos de tiempo ya que la víctima está expuesta a episodios repetidos de maltrato, esto genera trastornos depresivos. La investigación refleja que la violencia física, psicológica y sexual tienen mayor repercusión en la salud mental de la población estudiada. Al analizar la tabla y concretamente la violencia psicológica se observa que de las 54 mujeres con depresión leve el 100 % fue afectada por esta forma de violencia, de las 28 mujeres con depresión moderada el 75,7 % también vivieron violencia psicológica, y de las 13 mujeres con depresión severa el 30,80% estuvieron expuestas a maltrato emocional o psicológico. Los síntomas referidos con mayor frecuencia son la ansiedad, desesperación, sentimientos de culpabilidad, ideas relacionadas con la muerte, inquietud, malestares y síntomas físicos que no responden al tratamiento. Este dato aporta información muy importante ya que estos son problemas relacionados con la salud mental que si no son manejados de manera oportuna y multidisciplinaria, tendremos consecuencias mortales de la violencia como es el suicidio.

La Universidad Complutense de Madrid que encuestó a 136 mujeres mayores de 18 años en condiciones de pobreza, víctimas de violencia de pareja, residentes en León, Nicaragua, reporto en su estudio que más del 40% de las mujeres entrevistadas manifestaron haber intentado suicidarse en algún momento de sus vidas[( 61).] Es importante mencionar en este punto que no existe una escala que permita medir la depresión con fidelidad lo que se nos permite si es tener un acercamiento diagnóstico.

**Taba N. 8 Distribución de mujeres víctimas de violencia con ansiedad según Test de Hamilton. SCS San Andrés**

| | | Ansiedad | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Leve** | | **Moderada** | | **Severa** | | Total | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| Violencia Económica | No | 118 | 76,60 | 36 | 58,10 | 18 | 64,30 | 6 | 100,00 | 178 | 71,20 | 10,506 | 0,000* |
| | Si | 36 | 23,40 | 26 | 41,90 | 10 | 35,70 | 0 | 0,00 | 72 | 28,80 | | |
| | Total | 154 | 100,00 | 62 | 100,00 | 28 | 100,00 | 6 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Física | No | 52 | 33,80 | 29 | 46,80 | 8 | 28,60 | 6 | 100,00 | 95 | 38,00 | 14,044 | 0.003* |
| | Si | 102 | 66,20 | 33 | 53,20 | 20 | 71,40 | 0 | 0,00 | 155 | 62,00 | | |
| | Total | 154 | 100,00 | 62 | 100,00 | 28 | 100,00 | 6 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Psicológica | No | 50 | 32,50 | 5 | 8,10 | 6 | 21,40 | 6 | 100,00 | 67 | 26,80 | 30,415 | 0,000* |
| | Si | 104 | 67,50 | 57 | 91,90 | 22 | 78,60 | 0 | 0,00 | 183 | 73,20 | | |
| | Total | 154 | 100,00 | 62 | 100,00 | 28 | 100,00 | 6 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| Violencia Sexual | No | 141 | 91,60 | 40 | 64,50 | 13 | 46,40 | 0 | 0,00 | 194 | 77,60 | 59,805 | 0.000* |
| | Si | 13 | 8,40% | 22 | 35,50 | 15 | 53,60 | 6 | 100,00 | 56 | 22,40 | | |
| | Total | 154 | 100,00% | 62 | 100,00 | 28 | 100,00 | 6 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente**: Base de Datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

Al estudiar las distintas formas de violencia con el trastorno de Ansiedad encontramos estadísticamente significativo todas las variables esto se puede explicar ya que las conductas de ansiedad extrema relacionadas al maltrato que es una amenaza sobre la vida y la seguridad personal donde existe una mezcla de periodos de tensión y de calma, ocasiona en la mujer un estado de alerta permanente que puede ocasionar otros problemas de salud como el uso de drogas, alcohol u otros tóxicos. La mujer piensa continuamente en los sucesos vividos y aparece preocupación, miedo y culpa, y cuando hay ruptura con el agresor, también aparece ansiedad debido a la responsabilidad que conlleva hacerse cargo de los hijos, la soledad, las consecuencias económicas etc. Lo encontrado no se relaciona con los resultados obtenidos en una tesis doctoral realizada en Gualaceo Cuenca - Ecuador donde la depresión y la ansiedad sobrepasaron el 95% [62]

### 4.1.3.3 Trastornos Genitourinarios

**Taba N. 9 Distribución de mujeres víctimas de violencia y problemas genitourinarios. SCS San Andres.2016**

| | | Violencia Sexual | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Si** | | **Total** | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| **Dispareunia** | No | 128 | 66,00 | 10 | 17,90 | 138 | 55,20 | | |
| | Si | 66 | 34,00 | 46 | 82,10 | 112 | 44,80 | 40,693 | 0.000* |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Infección de Vías Urinarias** | No | 130 | 67,00 | 10 | 17,90 | 140 | 56,00 | 42,610 | 0,000* |
| | Si | 64 | 33,00 | 46 | 82,10 | 110 | 44,00 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Disminución de la Libido** | No | 124 | 63,90 | 14 | 25,00 | 138 | 55,20 | 26,615 | 0.000* |
| | Si | 70 | 36,10 | 42 | 75,00 | 112 | 44,80 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Dismenorrea** | No | 146 | 75,30 | 28 | 50,00 | 174 | 69,60 | 13,101 | 0,000* |
| | Si | 48 | 24,70 | 28 | 50,00 | 76 | 30,40 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana

Todas las variables fueron estadísticamente significativas con un valor de p= 0,000 para la violencia sexual.

Dentro de los problemas genitourinarios en la población estudiada predominaron las infecciones urinarias y la dispareunia estas guardan relación ya que al tener relaciones sexuales dolorosas aparecen micro traumas que predisponen a las infecciones urinarias. Estos resultados coinciden plenamente por lo planteado por OMS que indica que las mujeres víctimas de violencia sexual presentan mayor incidencia de problemas ginecológicos que otras mujeres, por ejemplo infecciones vaginales, dolor durante las relaciones sexuales, dolor pélvico crónico o infecciones urinarias[63]. Aclarando que la violencia no es la única causa ya que pueden existir diferentes etiologías de la misma, pero como se menciona en líneas anteriores la OMS lo plantea como un problema más frecuente en las víctimas de maltrato. Es común en el grupo de mujeres estudiadas que sus parejas permanezcan alejadas de la familia por largos períodos por motivos de trabajo, como es característico de las sociedades patriarcales con una cultura machista, estos hombres ni se abstienen ni se protegen en las relaciones sexuales extramatrimoniales que tienen en ese período de tiempo alejado de las esposas. Esto trae como consecuencia que cuando regresan en el período de descanso, tienen relaciones sexuales con sus esposas sin respetar el preámbulo necesario para una relación satisfactoria, las obligan a tener relaciones sexuales y en algunos casos les trasmiten infecciones, pero el problema no culmina ahí ya que luego se niegan a cumplir el tratamiento y hasta cuestionan la fidelidad de la mujer, alegando que ellos están sanos. Esta forma de vivir la sexualidad hace que la mujer vea el acto sexual solo como el mero hecho reproductivo y no identifique su contenido erótico, siendo esta una de las causas fundamentales de que después las mujeres ,se nieguen, o busquen una justificación para no continuar manteniendo relaciones sexuales.

Estos elementos constituyen el fundamento de por qué en esta población de mujeres una de las disfunciones sexuales referidas con mayor frecuencia en consulta sea la "falta de deseo sexual" y busquen apoyo en el médico para que las ayude a

justificarlo inhabilitándola para el acto sexual por períodos de tiempo, a partir de que refieren malestares genitourinarios que no mejoran con tratamiento.

**4.3 Verificación de la Hipótesis**.

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula que dice:

H0: La violencia no afecta la salud de la mujer

H1: La violencia afecta la salud de la mujer

Para poder verificar la hipótesis se realiza la correlación de Pearson se estableció que existe correlación estadísticamente entre las distintas formas de violencia y factores asociados a la salud, Tablas 11 a la 18 Dado que el valor de p es menor de 0.05, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

Concluyéndose que existe una correlación entre la salud de la mujer y la violencia.

# CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

## 5.1 CONCLUSIONES

- Las distintas formas de violencia hacia la mujer constituyen un factor de riesgo para su salud, aunque nuestro estudio sobre una muestra transversal no establece si la violencia causa algún problema de salud específico (a excepción, las lesiones inmediatas), los resultados coinciden con otros estudios que han encontrado un fuerte vínculo entre la violencia y los síntomas físicos y mentales de salud precaria.
- Las características sociodemográficas como la baja escolaridad, el mantener una relación estable (casadas y unión libre), ser joven e independiente económicamente de la pareja son factores que resultaron estadísticamente significativas para todas las formas de violencia.
- La forma más común de violencia encontrada en la población estudiada es la violencia psicológica, seguida de la física, económica y sexual.
- La investigación realizada visualiza que cualquier tipo de violencia a la mujer tiene consecuencias negativas para la salud de la víctima, vivir en una relación violenta afecta el autoestima y la capacidad para participar e interaccionar con el medio, pone al mujer en un mayor riesgo de patologías tanto físicas, como psíquicas y del comportamiento.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Socializar los resultados a esta investigación a la dirección distrital de salud y al centro de salud de San Andrés, para que como instituciones proveedoras de servicios de salud cuenten con datos estadísticos reales, un elemento clave para controlar y valorar el impacto de las intervenciones y reforzar la respuesta del sector salud.

- Promover respuestas de prevención primaria que involucren el fomento de la equidad de género, y el apoyo a las mujeres que conviven con la violencia.
- Considerando el impacto de la violencia sobre la salud de la mujer se hace necesario realizar más estudios para identificar y dar a conocer la importancia del problema.
- Las mujeres entran en contacto con las unidades de salud en algún momento de su vida, ya sea para atención médica o acompañado a miembros de su familia; al identificar en el presente estudio, que el maltrato a la mujer desemboca en problemas de salud, física y mental, es fundamental nuestro papel en la detección de los factores de riesgo e indicadores de maltrato.

- Dados los datos encontrados en la investigación sale a la luz la necesidad de la presencia de un psicólogo en el equipo de salud del subcentro para que exista un manejo adecuado de las mujeres para dar cumpliendo con las recomendaciones a nivel nacional e internacional de atención integral a las víctimas.

# CAPITULO 6. PROPUESTA

## 6.1Datos informativos:

**6.1.1 Tema**: Estrategia educativa para disminuir la violencia y sus efectos en la población perteneciente al Subcentro de salud San Andrés.

### 6.1.1.2 Institución Ejecutora

La presente propuesta se ejecutara en la Unidad Educativa Antonio Carrillo.

### 6.1.1.3 Beneficiarios

Estudiantes de la Unidad educativa

### 6.1.1.4 Ubicaciones

- Lugar: Unidad Educativa Antonio Carrillo

- Cantón: Píllaro

- Provincia: Tungurahua.

### 6.1.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución

Posterior a la defensa de la investigación, se pretende ejecutar la propuesta.

Inicio: Abril 2017

Fin: Septiembre 2017.

### 6.1.1.6 Equipo Responsable

Médicos Especialista en Medicina Familiar

### 6.1.1.7 Presupuesto

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 200 dólares.

## 6.2- Antecedentes de la propuesta:

La violencia a la mujer es un grave problema de salud pública, y una violación a los derechos humanos.

Los resultados obtenidos demuestran que las mujeres objeto de violencia con mayor frecuencia son aquellas que pertenecen al grupo de adultas jóvenes, con bajo nivel cultural, casadas, con vínculo laboral. El 62% de las mujeres adultas manifestaron haber sufrido de violencia física en algún momento. El 73,2% refirieron haber sido víctimas de violencia psicológica, con afectación directa de la autoestima. La violencia económica y la sexual aparecen enmascarada y no identificada por desconocimiento de las víctimas de sus derechos.

Aparecen como síntomas relevantes la cefalea, el trastorno del sueño, ansiedad y depresión, así como distribución del dolor osteomuscular en diferentes áreas del cuerpo, así como problemas genitourinarios .Con este antecedente vemos que este es un problema latente y una alternativa de solución es activar una respuesta que actué en la violencia pero en grupos donde aún no se ha hecho tan evidente.

La OMS en el año 2012 [64] publicó una serie de orientaciones sobre prevención de la violencia en los distintos ámbitos y entre los aspectos más destacados están las intervenciones en las escuelas y las comunidades las cuales pueden promover la igualdad de género y prevenir la violencia contra la mujer, al cuestionar los estereotipos y las normas culturales que otorguen a los hombres el poder y el control sobre las mujeres.

## 6.3- Justificación.

La presente propuesta pretende disminuir los niveles de violencia hacia las mujeres fomentando la igualdad de género en los jóvenes antes de que los estereotipos de género se arraiguen en ellos.

## 6.4- Objetivo

### 6.4.1 Objetivo General

Capacitar a la población escolar en conocimientos de igualdad y equidad de género

### 6.4.2 Objetivo especifico

1. Desarrollar actividades que desarraiguen las conductas machistas de los jóvenes.
2. Concientizar a la población escolar sobre los daños que puede ocasionar la violencia la mujer.

## 6.5- Análisis de factibilidad.

Es factible porque permite estilos de trabajo conjunto, con gastos mínimos de recursos materiales y humanos, que favorezcan a la población diana.

Este tipo de propuesta es viable ya que a nivel país existe la voluntad política de erradicar la violencia, tecnológicamente nuestro programa se puede desarrollar ya que requiere de apoyo tecnológico mínimo, económicamente e trabajo será financiado por la autora.

Legalmente nuestra propuesta se encuentra amparada en la Ley Orgánica de Salud, aprobada el 14 de diciembre del 2006 y publicada en el suplemento del registro oficial Nro. 423 del 22 de diciembre del 2006. En varios de sus articulados respecto al maltrato a la mujer establece:

Artículo 3.- La salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransferible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del estado; y el resultado de un proceso colectivo de interacción donde estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables.

Artículo 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública establecer programas de prevención y atención integral en salud contra la violencia en todas sus formas, con énfasis en los grupos vulnerables.

Art. 10.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva

Artículos 11, 27.- Los programas de estudio en los establecimientos de educación pública, privada, municipales y fisco-misionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el autocuidado, la equidad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

**6.6- Fundamentación**.

La prevención de la violencia hacia la mujer busca cambiar imaginarios sociales y culturales que están en el origen de la problemática e incorpora la promoción de masculinidades no violentas al combinar proceso educativos de comunicación masiva o interpersonal, mediante componentes artísticos, lúdicos y formales, abarcando líneas culturalmente sensibles y adaptadas a la diversidad étnica, cultural, y educativa de nuestra población. Para poder erradicar imaginarios sociales y culturales generadores de roles rígidos de género y de patrones de comportamiento sexistas, patriarcales y discriminatorios, que facilitan y legitiman la violencia hacia la mujer [65]

La educación de la población especialmente de los niños y jóvenes sobre los problemas de salud es una condición esencial para toda acción salubrista ya que esta es un producto social, que debe ser favorecido por una visión colectiva y compartida de lo que aspiramos en la salud y de cuán mayores son las posibilidades para lograrla con conductas saludables en lo individual y en lo social.

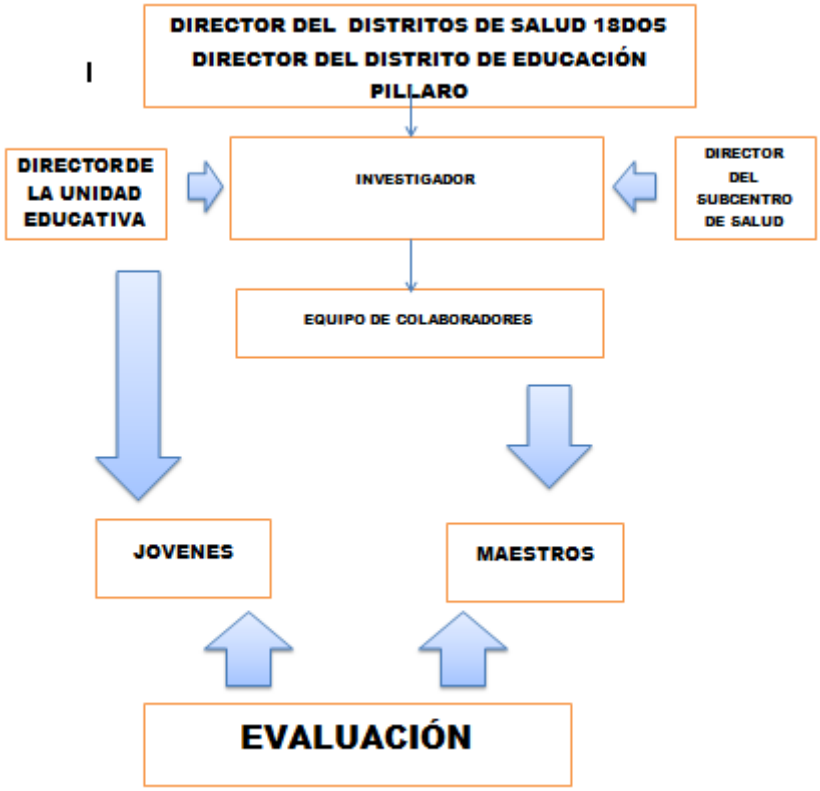
La divulgación de temas y mensajes necesariamente requiere de acciones educativas directas por parte de los trabajadores de la salud. Toda acción educativa, cualquiera que sea su campo u objeto, debe ser preparada convenientemente para su adecuada ejecución y mejores efectos; así también en la educación para la salud. En las "acciones educativas directas" recordemos, que se debe tener en cuenta a quienes van dirigidas, para evitar la pasividad de los receptores.[66]

## 6.7-Metodología, Modelo Operativo.

| FASES | ETAPAS | METAS | PRESUPUESTO | RESPONSABLES | TIEMPO |
|---|---|---|---|---|---|
| **PLANIFICACION** | 1.- Aprobación de las autoridades del distrito de salud 18D05 y el distrito de educación para la realización de la propuesta.<br>2. Presentación de la propuesta.<br>3. Esquematización de la programación de la propuesta | Comunicar al director del área de salud 18 D05 sobre resultados de la investigación así como la propuesta planteada y obtener la autorización para ejecutarla. | Fotocopias 5.00<br>Impresiones 10.00<br>movilización 20.00 | Mariana Isabel Velástegui Pérez. y colaboradores | 1 mes |
| **EJECUCIÓN** | Taller de violencia de género<br><br>Dramatización "Prácticas violentas en el noviazgo "<br><br>Dinámica grupal "Vivencias sobre violencia"<br><br>Video estereotipos de género y la aceptación social | Identificar las conductas violentas y las vías para promover y educar la equidad de géneros<br>Reflexionar sobre las conductas violentas y su influencia en las relaciones de pareja.<br><br>Identificar situaciones violentas vividas y conductas a seguir ante las mismas.<br><br>Cuestionar los roles de género tradicionales | Audiovisuales 20.00<br><br>Impresiones 10.00<br><br>movilización 20.00<br><br>premio mejor dramatización 100 USD. | Mariana Isabel Velástegui Pérez y Colaboradores | 6 meses |
| EVALUACION | Valorar conocimientos alcanzados por los participantes | Aumentar los conocimientos de género | Impresiones 20.00<br>movilización 20.00 | Mariana Isabel Velástegui Pérez | 1 mes |

**6.8- Administración**:

Operativamente la propuesta la administraran las autoridades competentes del distrito de salud al cual pertenece el subcentro de salud.




**6.9- Previsión de la evaluación:**

Se evaluara la propuesta ya que se requiere saber si el trabajo realizado tuvo un efecto positivo para los jóvenes y saber si se logró romper los esquemas tradicionales respecto al género y esta se hará luego de cada una de las actividades a través del registro de la actividad y de la aplicación de la Técnica de "lo positivo, lo negativo y las sugerencias" lo que permitirá una devolución al auditorio en el encuentro siguiente. La evaluación final se propone a través de la aplicación de los mismos instrumentos para comparar los resultados obtenidos con los de la primera aplicación. (Validación).

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**


1. Organización de las Naciones Unidas Mujeres [Internet]. Ginebra ONU 2011 [Citado 5 Agosto 2016]. Preferencia por los hijos varones, infanticidio femenino- Aborto en función del sexo del feto. Disponible en: http://www.endvawnow .org/es/articles/606-preferencia-por-los-hijos-varones-infanticidio-femenino-aborto-enfuncion -del-sexo-del-feto.html.

2. Ruiz-Pérez I, Plazaola Castaño J, Blanco-Prieto P, González Barranco JM, Ayuso Martín P, Montero-Piñar M, y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. La violencia contra la mujer en la pareja un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2010; 20(3):20 28.

3. Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género .Guía de Atención a la Violencia Intrafamiliar y de Género. Hospital Clínica de Barcelona, [Internet] 2008. [citado 2016 Abril 12] Disponible en: http://www.hospitalclinic.org/files/ElClinic /comites/ guiavig _ cas.pdf .

4. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra 2013 Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: Prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. [citado 23 Abril 2015]. Disponible en: http://www.who.int/about/licensing/ copyright_form/en/index.html

5. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Washington OPS 2013. [citado 23 Abril 2015]. Violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21425& Itemi.

6. Organización Panamericana de la salud. [Internet]. Washington OPS 2011. [citado 23 Febrero 2016]. Violencia contra la mujer un tema de salud prioritario. Disponible en http://www.who.int/gender/violence/ violencia_ info pack1.pdf.

7. Collazo Montano V, Soto Mayedo I, Saborit Mora R. [Internet].2013. [citado 23 Febrero 2016]. Violencia contra la mujer latinoamericana, más allá de las estadísticas. Disponible en http://www.bolpress.com/art.php? Cod=2013020501.

8. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. Quito: MSP; 2014. Disponible en: http://somossalud.msp.gob.ec/.

9. Ministerio del Interior Ecuador. [Internet] Estadística Maltrato a la Mujer 2011. [Citado 2016 Mar 14].Disponible en: http://www.ministeriointerior.gob.ec .

10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2012) .Primera Encuesta de Violencia de Género realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos.

11. Observatorio de salud de la mujer. Adaptación Española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. [Internet]. Andalucía 2010 [citado 23 Abril Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ genero_vg_ 02.pdf.

12. García-Moreno, C. Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and DevelopmentStudies; [Internet] 2000 [Citado 2015 Febrero] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po06.htm.

13. Anderson, B.S. Y Zinsser, J.P.: Women in Europe from prehistory to thepresent. A history of their own. Volume II.A revised edition. New York: Oxford University Press, 2000. Citado el 28 de Febrero del 2015.

14. Anónimo. La mujer en el Islam. Ediciones Mezquita Attavhid, Argentina, 1997, p 6.

15. Álvarez V. Mujer: Género y Cotidianidad. Editorial Félix Varela, 2013. Citado el 26 de Febrero del 2015.

16. Organización de Naciones Unidas Mujeres hechos y cifras: acabar con la violencia contra mujeres y niñas [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Feb 28]; 27(2): 261-269. Disponible en: http://www.unwomen.org/es/what-wedo/ending- violence-against-women/facts-and-figures#sthash.YdQfIhjQ.dpuf
17. Espinosa Morales M, Alazales Javiqué M, Madrazo Hernández B, García Socarrás A, Presno Labrador M. Comportamiento de la violencia doméstica en mujeres pertenecientes al consultorio "Altos de Milagro". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Feb 28]; 27(2):261-269. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?scrip=sci_arttext& pid=S08642125201 1000200014&lng=s.
18. Estrada Pineda Cristina, Rodríguez Díaz Francisco Javier. Violencia y temor por la vida en mujeres jaliscienses violentadas por su pareja íntima. Revista Cubana Salud Pública [ Internet ]. 2011 Dic [citado 2015 Febrero 28]; 37(4):462-471. Disponible en:. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400 010 &lng=es

19. Cano Martín L, Berrocoso Martínez A, Arriba Muñoz L, Bernaldo de Quirós L, Alamar Provecho J, Cardo Maza A. Prevalencia de Violencia de Género en mujeres que acuden a consultas de Atención Primaria. RevClinMedFam [revista en la Internet]. 2010 Feb [citado 2015 Feb 28]; 3(1): 10-17. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699695X2010000100004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321/S1699695X2010000100004.

20. Vega Gabriela, Hidalgo Dinora, Toro Merlo Judith. Violencia basada en género desde la perspectiva médica. Rev Obstetricia Ginecologia Venezolana [revista en internet]. 2011 Jun [citado 2015 Feb 28]; 71(2): 88-97. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-7732201100020 0003&lng=es.

21. Gallardo Sánchez Y, Gallardo Arzuaga R, Núñez Ramírez M, Varela Vázquez M. Caracterización de la Violencia Intrafamiliar En La Mujer: Media Luna. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. [citado 2015 Feb 28].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000500018& lng=es.

22. Patricia Palacios Zuloaga P .El Tratamiento de la Violencia de Género en la Organización de Naciones Unidas.2009.citado el 26 de Febrero del 2015 Disponible En http://www.cdh.uchile.cl/media/publicaciones/pdf/1.pdf.

23. Porro L, Incidencia de la violencia intrafamiliar y su relación con los traumas de las pacientes que son atendidas en el Hospital el Empalme, Provincia del Guayas, distrito 09d15 salud enfermera, año 2013[Internet][citado 20 de marzo del 2015].

24. Ley Orgánica de Salud. Ley 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.

25. Ecuador, Decreto Presidencial No. 620 Que declara como política de estado la erradicación de la violencia de Género, Ecuador 1997.disponible en: https:// instituciones.msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/noras%20y%20protocolos %20de%20atencin.pdf

26. Ecuador, Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia. Ley No 103, Aprobada El 29 de noviembre de 1995. Publicada en Ecuador en el registro oficial No 839 del 11 de Diciembre del mismo año. citado el 27 de febrero del 2015. Disponible en: https://instituciones.msp.gob.ec/d ps/pichincha/images /stories/normas%20y%20protocolos%20de%20atencin.pdf

27. Ministerio de Salud Pública del Ecuador .Norma y Protocolos de atención integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida [Internet] 2009 [Citado mayo 8 2016] Disponible en: https://instituciones. msp.gob.ec/dps/pichincha/images/stories/normas%20y%20protocolos%20de%2 0atencin.pdf.

28. República del Ecuador. Código Orgánico de Procedimiento Penal [Internet] 2014.[Citado el 2016 Febrero 28] Disponible en: www.asambleanacional.gob.ec.

29. Pilligua Marcillo J. Efectos del femicidio con los delitos de violencia contra la mujer o miembro del núcleo familiar en el cantón Santo Domingo de los Colorados. Universidad Técnica de Esmeraldas Luis Vargas Torres.

30. Krug E, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi A y Lozano R, editores. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003. Publicación Científica y Técnica Nº 588.

31. González A, Ponce E, La violencia intrafamiliar: un problema prioritario del primer nivel de atención [Internet] [citado 2016 Jul 17] Disponible en: http://www. elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-la-violencia-intrafamiliar-un-problema-S1405887116300943?redirectNew=true.

32. Castro R, Riquer Fet . Violencia de género en las parejas mexicanas. Análisis de resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en

los Hogares [Internet] 2006,2ª edición, INMUJERES-CRIM, [Citado 2015 Febrero] Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos _download /100924.pdf.

33. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. Última reforma publicada DOF 15-01-2013. Citado el 27 de Febrero del 2014. Disponible en: http://www.senado.gob.mx/comisiones/asuntosmigratorios/docs/legislacion/LG29 .pdf.
34. Organización Panamericana de la salud. América Latina y el Caribe análisis Compartaivo de datos poblacionales de 12 países. [Internet] 2013 [Citado 2015Abril 20] Disponible en http://www.paho.org/hq/ index.php? option= com_docman&task= doc_view&gid=21425&Itemid.

35. Moctezuma D, Narro J, Orozco L. La mujer en México: inequidad, pobreza y violencia. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales [Internet]. 2014 [citado 14 Feb 2016]: 59(220), 117-146. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/s cielo. php?script=sci_arttext&pid=S0185-191820140001000 05&lng=es &tlng =es

36. Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. [Internet] 2012. [Citado 2016 Agosto 5].Disponible en: http:// instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAISMSP12 .12.12.pdf

37. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet] 2013. [Citado 2014 Mayo 20] Disponible en: http://www. who.int/features/ factfiles/ mental_health/es/.
38. Fernández-López J, Fernández-Fidalgo M, Cieza Alarcos A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la

Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev. Esp. Salud Pública [Internet]. 2010 Abr [citado 2016 Abr 27]; 84(2): 169-184. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-572720100002 00005 &lng=es.

39. García. V, González Benítez I. La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana Medicina General Integral [Internet]. 2000 Dic [citado 2016 Abr 26]; 16(6): 586-592. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-212520000006 000 10 &lng=es.

40. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres, Consecuencias para la salud. [Internet] 2013 [Citado 2015 Mayo 2] Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task= doc_view&gid= 23950&Itemid.

41. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Relaciones Familiares [Internet]. 2011 Feb [Citado 2016 Jul 01] Disponible en: http://www. ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/

42. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, [Internet] 2012 Análisis Revista Coyuntural. Cuarta Edición Septiembre del 2012. [Citado 2014 Septiembre 7] Disponible en: www.inec.gob.ec/inec/revistas/e-analisis5.pdf.

43. Organización Mundial de la Salud.[Internet ]2016 Factores que protegen a la mujer o la exponen a una situación de riesgo [citado 2016 Jul 03] disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summa ry_ report/chapter2/es/index3.html

44. Román Pérez R, Abril Valdez E, Cubillas Rodríguez M, Félix María. Violencia hacia las mujeres: reflexiones desde una perspectiva regional. [Internet]. 2011 Ago. [citado 2016 Jul 01]; 16(8): 1267-1273. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-4557200 90 00 300011 &lng=es&tlng=es.

45. Díaz Cárdenas S, Arrieta Vergara K, González Martínez F. Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. Revista Clin Med Fam [Internet]. 2015 Feb [citado 2016 Jul 01]; 8(1): 19-30. Disponible en: http://scielo.isciii.es /scielo.php? script= sci _arttext&pid=S1699-695X2015000100004&lng=es.http://dx.doi.org/10.4321 /S 1 699-695 X201 5000 100 004.

46. López Angulo L, Fundora Quintero Y, Valladares González A, Ramos Rangel Y, Blanco Fleites Y. Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales: una explicación necesaria. Rev. Finlay [Internet]. 2015 Sep [Citado 2016 Jul 04] ; 5( 3 ): 161-169. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.ph p?script=sci_arttext&pid=S2221-243 42015000300 003&lng=es

47. Shelley D, Krista M, Pereira C, Piette J. Tiempos difíciles relaciones problemáticas [Internet] 2013 [citado 2016 Jul 11] 28(10):2134-2155 Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806630.

48. Rodríguez C, Violencia intrafamiliar y trasferencias monetarias condicionadas Violencia intrafamiliar y transferencias monetarias condicionadas : el impacto de familias en acción en acción en Colombia [Internet] Oct 2015. [Citado Julio 12] Disponible en http://blogs.iadb.org/sinmiedos/2016/03/23/mas-ingresos-economicos-menos-violencia-de-pareja/.

49. Rey A, Armando C. . Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. [Internet] 2013 nov. [citado 2016 13 Julio 10];

31(2), 143-154. Disponible en :https://dx.doi.org/10.4067/S0718-480 8201300 020000.

50. Shelley D, Krista M, Piette C. Troubled Relationships: How Economic Resources, Gender Beliefs, and Neighborhood Disadvantage Influence Intimate Partner Violence [Intenet] 2013 Jul [citado 2016 julio 10] 28(10): 2134–2155. Disponible en http: // www . ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806630/

51. Organización Mundial de la Salud Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer [Internet] 2016 Enero [citado 2016 Jul 08] Nota descriptiva N.° 239. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/

52. Organización Mundial de la Salud. Violencia Sexual [Internet] 2013 Enero [citado 2016 Jul 8 ] Hojas informativas Disponible en http://apps.who.int/ iris/bitstream /10 665/98821/1/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?ua=1.

53. García, C. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la muer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. [Internet] 2005 [citado 2016 Jul 12] disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream /10665/98821 /1/WHO_ RHR_ 12.37_ spa.pdf

54. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reprod Health Matters. 2010; 18(36):158-70

55. Díaz Novás J, Gallego Machado B. Paciente de 20 años con cefalea de cuatro meses de evolución. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Jul 04] ; 27( 2 ): 270-275. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo. php?script=sci _arttext&pid=S0864-21252011000200015&lng=es

56. Mc Cauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 2015; 123 :737-46. Medline

57. Quezada Ramón N, Quinde Payana Z, Consecuencias Emocionales en niños y niñas de las madres que viven violencia intrafamiliar del centro de las Marías, Gualaceo, [Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Jul 02] ; Disponible en :.http://dspace. ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6731/1/TESIS.pdf

58. Pérez A, Afectación en la salud de mujeres víctimas de violencia de géner**o** [Internet] 2011 Abril [Citado 2016 jul 20]; Disponible en: http://www.saludmental.info/Seccio nes/clínica/2011/victimas-violencia-genero-dic08.html.
59. Castaño J, Ruiz I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. [Internet] 2011 Abr. [Citado 2016 Jun 17] Disponible en : http://www.catunescomujer.org/catunesco _m ujer/documents/Art_Foro_Ruiz.pdf
60. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. Am J Public Health. 2000;90:553-9

61. Flores D, Mujeres violentadas, más proclives a intentos de suicidio, [Internet]. 2015 Mar [citado 2016 Jul 02]; Disponible en: http://www.scidev.net/a merica-latina/genero/noticias/mujeres-violentadas-mas-proclives-a-intentos-de-suicidio.html.

62. Rodríguez A, Eficacia de un programa de intervención para disminuir las consecuencias emocionales de las mujeres indígenas víctimas de violencia

intrafamiliar en Gualaceo, [Internet] 2011. [citado 2016 jul 13] Disponible en http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/ 234567 89/ 3427/1 /MAIS05.pdf

63. Jewkes R, Sen P, García-Moreno C, Krug EG, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2002, 159-198.

64. Organización Mundial de la Salud. Prevención de la Violencia la Evidencia. [Internet] 2012. [citado 2016 jul 18] disponible en http://apps.who.int/iris/bit stream/10665/85671/1/97892 75317488_spa.pdf

65. Programa integral contra violencias de género en Colombia, Estrategia de comunicación educativa del Programa integral contra violencias de género. [internet] 2012 [citado 2016 Julio 16], Disponible en: http://www.unwomen.org/mdgf/downloads/MDG-FColombiaASP.pd.

66. Pérez Masa Benito. La educación para la salud y la estrategia de salud de la población. Rev. cub. salud pública [Internet]. 2011 Jan [cited 2016 July 16] ; 33( 2 ).Disponible en :http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0864-34662007000200001&lng=en.http://dx.doi.org/10.1590/S0864-34 6620070002 00001.

## 4.5 ANEXOS.

### 4.5.1 Anexo 1

**El Constructo.**

**TITULO DEL PROBLEMA**: Violencia hacia la mujer, efectos sobre la salud, Subcentro de salud San Andrés. 2016.

**AUTOR**: Mariana Isabel Velástegui Pérez.

**TUTOR**: Lcda. MsC. Marisela Dinorah Lorenzo González

**CONSTRUCTO: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER**

Todo acto violento basado en la pertenencia al género femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer; así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.

**DIMENSIONES:**

- Violencia física: Se refiere a todo acto de agresión, no accidental, con algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física de la mujer , lo que se traduce en un daño, o intento de daño, permanente o temporal, Su espectro varía desde un pellizco hasta la muerte.
- Violencia sexual: Toda forma de conducta, consistente en actos u omisiones, ocasionales o reiterados, y cuyas formas de expresión incluyen: inducir a la realización de prácticas sexuales no deseadas que generen dolor, práctica de la celotipia, manipulación o dominio de la mujer y generen un daño. Su expresión más evidente es la violación.

- Violencia económica: Forma de agresión con el fin de controlar el flujo de recursos monetarios que ingresan al hogar, o bien la forma en que dicho ingreso se gasta, así como la propiedad y uso de los bienes muebles e inmuebles que forman parte del patrimonio de la pareja (reclamos de dinero, amenazas o incumplimiento con relación a dar el gasto, usurpación de bienes materiales, prohibiciones de trabajar o estudiar)
- Violencia emocional o psicológica: Se refiere a formas de agresión reiterada que no inciden directamente en el cuerpo de las mujeres, pero sí en su psique (comparaciones ofensivas, humillaciones, encierros, prohibiciones, coacciones, condicionamientos, insultos, reclamos sobre los quehaceres del hogar, amenazas). Su identificación es la más difícil de percibir ante la "ausencia de evidencias."

**4.5.2 Diseño del Instrumento**:

Se utilizaron  instrumentos ya validados.

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INDEX OF SPOUSE ABUSE

La violencia contra las mujeres es un problema muy extendido en nuestra sociedad. En muchas ocasiones, esa violencia es producida por la propia pareja o esposo de la mujer y, a menudo, ni siquiera ella es consciente de que está sufriendo malos tratos.

Este cuestionario fue diseñado para conocer si usted ha experimentado maltrato en su relación de pareja en el último año y la frecuencia de ese maltrato. No es un examen, por lo que no hay respuestas buenas o malas. Conteste a cada una de las preguntas lo más cuidadosa y correctamente que pueda, marcando con una cruz la respuesta que considere más adecuada para usted. Si usted no convive con su pareja, deje las preguntas 5 y 14 en blanco. Igualmente, si no tiene hijos, deje la pregunta 17 en blanco.

Las respuestas al mismo son totalmente confidenciales, garantizándose el anonimato de las mismas.

**Descripción**: Este cuestionario está compuesto por 30 ítems, que se subdividen en dos escalas: una referida al abuso físico (ISA-P), integrada por 11 ítems y donde se incluye el abuso sexual, y otra relativa al abuso no físico (ISA-NP), con un total de 19 ítems, y donde se reflejan situaciones de aislamiento social, control económico, maltrato emocional, etc. Las categorías de respuesta se sitúan en una escala de frecuencia tipo Likert de 1 a 5, donde 1 equivale a “nunca” y 5 a “muy frecuentemente”. Los diferentes ítems manifiestan varios grados de violencia o de abuso, por lo que han de ser ponderados para una adecuada interpretación de la puntuación final.

Finalmente, se han de sumar todas las puntaciones ponderadas correspondientes a cada ítem para obtener la puntuación global del ISA. Tanto las puntuaciones finales del ISA-P como del ISA-NP se interpretan en un marco de 0 a 100, donde una baja puntuación indica la relativa ausencia de abuso y una alta puntuación muestra un alto grado o gravedad de maltrato. Este cuestionario puede ser administrado tanto de forma oral como escrita y tarda en ser contestado en torno a unos cinco minutos

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CENCIAS DE LA SALUD**

**VERSIÓN ESPAÑOLA DEL INDEX OF SPOUSE ABUSE**

**Información Demográfica:**

- Numero asignado a la mujer
- Nivel de instrucción
- Estado civil
- Edad
- Dependencia Económica:

**Calificación del test:**

**Violencia física**

**Violencia psicológica**

**Violencia Sexual**

**Violencia Económica**

| ITEM | Nunca | Rara vez | Algunas veces | Frecuente | Muy Frecuente |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.-Me hace sentir inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien que las mujeres solo sirven para cocinar) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2.-Me exige obediencia ante sus caprichos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3.-Se enfada y se pone intratable cuando le digo que está tomando demasiado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4.-Me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto | 1 | | 3 | 4 | 5 |
| 5.-Le molesta mucho que la comida, las tareas de la casa del campo no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6.-Tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7.-Me da puñetes | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 8.-Me dice que soy fea y poco atractiva. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9.-Me dice que no podría salir adelante sin él. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10.-Actúa como si yo fuera su empleada personal | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 11.-Me insulta o me avergüenza delante de los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12.-Se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13.-Me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo) | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 14.-Es "tacaño" a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15.-Controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc) | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 16.-No me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17.-Exige que me quede en casa cuidando de los niños | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18.-Me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 19.-Cree que no debería trabajar o estudiar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20.-No es una persona amable | 1 | 2 | | 4 | 5 |
| 21.-Exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22.-No quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23.-Me grita por cualquier motivo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24.-Me da bofetadas en la cara y la cabeza | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 25.-Se pone agresivo conmigo cuando bebe | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26.-Es un mandón y me da órdenes constantemente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27.-No respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28.-Me asusta y me da miedo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29.-Me trata como si fuera idiota | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30.-Actúa como si quisiera matarme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Físico: 4**, 7, 13, 18, 22, 24, 25, 30<br><br>**No Físico**: 1-3, 5, 6, 8-12, 14-17, 19-21, 23, 26-29 | | | | | |

**4.5.3 Anexo 3 (Consentimiento Informado)**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

YO……con cédula de ciudadanía N° …… manifiesto mi consentimiento para participar en la investigación: **"Violencia hacia la mujer, efectos sobre la salud, subcentro de salud San Andrés. 2016."** por mi libre y espontánea voluntad.

La investigadora me ha informado en detalle los procedimientos aplicados en la presente investigación, y ha respondido todas las preguntas e interrogantes que le he planteado relacionadas con los beneficios y posibles riesgos de la investigación, así como con la obtención, procesamiento y análisis de la información, dejando claro que no recibiré beneficios económicos o de otra especie, y que la información que proporcione será confidencial. La investigadora, me explicó los mecanismos a través de los cuales protegerá mi identidad y la información que yo le proporcione, desde la recolección de los datos hasta la publicación.

**……**

**Nombre y firma del paciente**

### 4.5.4 ANEXO 4 (ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON)

HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista

0=ausente ,1= intensidad leve, 2=intensidad moderada, 3=intensidad grave,4=severamente incapacitado

| **ITEM** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.-Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad. | | | | | |
| 2.-Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. | | | | | |
| 3.-Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes. | | | | | |
| 4.-Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos. | | | | | |
| 5.-Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria. | | | | | |
| 6.-Humor depresivo: Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día. | | | | | |
| 7.-Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado. | | | | | |
| 8.-Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u hormigueos). | | | | | |
| 9.-Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias. | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 10.-Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria). | | | | | |
| 11.-Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir,<br>Flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, nauseas, vómitos, borborismos, heces blandas, pérdida de peso, constipación. | | | | | |
| 12.- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual. | | | | | |
| 13.- Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas (dolor de cabeza) por tensión, erectismo piloso (piel de gallina). | | | | | |
| 14.-Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics. | | | | | |

**PUNTUACIÓN**

| SUMA DE PUNTUACIONES | DIAGNÓSTICO |
|---|---|
| Menor de 14 | Normal |
| 14-17 | Ansiedad Leve |
| 18-24 | Ansiedad Moderada |
| 25-30 | Ansiedad Severa |

**ANEXO 4.5.5**

## ESCALA DE DEPRESIÓN HAMILTON

Aunque el formato de HAM-D enumera 21 parámetros, la medición se basa en los primeros 17. Ocho parámetros son medidos en una escala de 5 puntos, en un rango que va desde 0= no presente hasta 4 = severo. Nueve son medidos a partir de 0-2.

**1) Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:**

0- Ausente

1- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente

2- Estas sensaciones las relata espontáneamente

3- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación en forma espontánea

**2) Sentimiento de culpa:**

0- Ausente

1- Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3- Siente que la enfermedad actual es un castigo

4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

**3) Suicidio:**

0- Ausente

1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3- Ideas de suicidio o amenazas

4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

**4) Insomnio precoz:**

0- No tiene dificultad

1- Dificultad ocasional para dormir, le toma más de media hora el conciliar el sueño

2- Dificultad para dormir cada noche.

**5) Insomnio intermedio:**

0- No hay dificultad

1- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces en forma espontánea

2- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la

**6) Insomnio tardío:**

0- No hay dificultad

1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

**7) Trabajo y actividades:**

0- No hay dificultad

1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2- Pérdida de interés en su actividad (falta de interés, indecisión y vacilación)

3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda

**8) Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):**

0- Palabra y pensamiento normales

1- Ligero retraso en el habla

2- Evidente retraso en el habla

3- Dificultad para expresarse

4- Incapacidad para expresarse

**9) Agitación psicomotora:**

0- Ninguna

1- Juega con sus dedos

2- Juega con sus manos, cabello, etc.

3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4- Retuerce las manos, se muerde las uñas o los labios, se tira de los cabellos

**10) Ansiedad psíquica:**

0- No hay dificultad

1- Tensión subjetiva e irritabilidad

2- Preocupación por pequeñas cosas

3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4- Expresa sus temores sin que le pregunten

**11) Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración.**

0- Ausente

1- Ligera

2- Moderada

3- Severa

4- Incapacitante

**12) Síntomas somáticos gastrointestinales:**

**0- Ninguno**

1- Pérdida del apetito pero come sin necesidad de estímulo. Sensación de pesadez en el abdomen

2- Dificultad en comer si no le insisten. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

**13) Síntomas somáticos generales:**

0- Ninguno

1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

2- Cualquier síntoma bien definido

14) Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0- Ausente

1- Débil

2- Grave

**15) Hipocondría:**

0- Ausente

1- Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2- Preocupado por su salud

3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

**16) Pérdida de peso:**

0- Pérdida de peso inferior a 500 gramos en una semana

1- Pérdida de más de 500 gramos en una semana

2- Pérdida de más de 1 kilo En una semana

**17) Perspicacia:**

0- Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1- Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2- No se da cuenta que está enfermo

**PUNTUACIÓN**

| SUMA DE PUNTUACIONES | DIAGNÓSTICO |
|---|---|
| 0-7 | Normal |
| 8-13 | Depresión Leve |
| 14-18 | Depresión Moderada |
| 19-22 | Depresión Severa |
| MAYOR 23 | Depresión Muy Severa. |

**ANEXO 6.1 Tablas.**

**Tabla N. 10 Formas de violencia más comunes en las mujeres pertenecientes al SCS San Andrés.**

| | Si | | No | |
|---|---|---|---|---|
| **Tipos de Violencia** | **#** | **%** | **#** | **%** |
| Física | 155 | 62 | 95 | 38 |
| Psicológica | 183 | 73,2 | 67 | 27,2 |
| Sexual | 56 | 22,4 | 194 | 77,6 |
| Económica | 72 | 28,8 | 178 | 71,2 |

**Fuente:** Base de datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana Isabel

**Tabla N. 11 Edad de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016**

| **Rangos de Edad** | **Cantidad** | **Porcentaje** |
|---|---|---|
| 20-40 | 146 | 58,40% |
| 41-64 | 104 | 41,60% |
| Total | **250** | **100%** |

**Fuente:** Base de datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana Isabel.

**Tabla N. 12 Instrucción de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016**

| **Nivel de Instrucción** | **#** | **%** |
|---|---|---|
| Ninguna | 4 | 1,6 |
| Básica | 183 | 73.2 |
| Bachillerato | 48 | 19.2 |
| **Superior** | 15 | 6,00 |
| Total | **250** | **100** |

**Fuente**: Base de datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel.

**Tabla N. 13 Estado civil de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés**

| **Estado Civil** | **#** | **%** |
|---|---|---|
| Soltera | 47 | 18,8 |
| Unión Estable | 177 | 70,8 |
| Divorciada | 26 | 10,4 |
| **Total** | **250** | **100** |

**Fuente:** Base de datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel

**Tabla N. 14 Vínculo Laboral de las mujeres víctimas de violencia. SCS San Andrés, 2016**

| # Mujeres | Con vínculo laboral | % | Sin vínculo laboral | % |
|---|---|---|---|---|
| 250 | 176 | 70,40 | 74 | 29,60 |

**Fuente:** Base de datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana Isabel.

**Tabla N. 15 Distribución de mujeres víctimas de violencia física y variables sociodemográficas**

| | | Violencia Física | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No | | Si | | Total | | | |
| | | # | % | # | % | # | % | $X^2$ | p |
| **Nivel de instrucción** | Ninguna | 0 | 0,00 | 4 | 2,60 | 4 | 1,60 | | |
| | Básica | 68 | 71,60 | 115 | 74,20 | 183 | 73,20 | | |
| | Bachillerato | 20 | 21,10 | 28 | 18,10 | 48 | 19,20 | 3.259 | 0,353 |
| | Superior | 7 | 7,40 | 8 | 5,20 | 15 | 6,00 | | |
| | Total | 95 | 100,00 | 155 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Estado Civil** | Soltera | 39 | 41,10 | 8 | 5,20 | 47 | 18,80 | | |
| | Unión Estable | 53 | 55,80 | 124 | 80,00 | 177 | 70,80 | 52,962 | 0,000* |
| | Divorciada | 3 | 3,20 | 23 | 14,80 | 26 | 10,40 | | |
| | Total | 95 | 100,00 | 155 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Edad** | Adulto Joven | 66 | 69,50 | 80 | 51,60 | 146 | 58,40 | | |
| | Adulto Medio | 29 | 30,50 | 75 | 48,40 | 104 | 41,60 | 7,7 | 0,005* |
| | Total | 95 | 100,00 | 155 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Dependencia Económica** | No | 60 | 63,20 | 116 | 74,80 | 176 | 70,40 | 3,85 | 0,050* |
| | Si | 35 | 36,80 | 39 | 25,20 | 74 | 29,60 | | |
| | Total | 95 | 100,00 | 155 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente**: Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana.

**Tabla N. 16 Distribución de las mujeres víctimas de violencia psicológica y variables sociodemográficas**

| | | Violencia Psicológica | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No | | Si | | Total | | | |
| | | # | % | # | % | # | % | $X^2$ | P |
| **Nivel de Instrucción** | Ninguna | 1 | 1,50 | 3 | 1,60 | 4 | 1,60 | | |
| | Básica | 58 | 86,60 | 125 | 68,30 | 183 | 73,20 | | |
| | Bachillerato | 8 | 11,90 | 40 | 21,90 | 48 | 19,20 | 10,245 | 0,017* |
| | Superior | 0 | 0,00 | 15 | 8,20 | 15 | 6,00 | | |
| | Total | 67 | 100,00 | 183 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Estado Civil** | Soltera | 5 | 7,50 | 42 | 23,00 | 47 | 18,80 | | |
| | Unión Estable | 59 | 88,10 | 118 | 64,50 | 177 | 70,80 | 13,196 | 0,001* |
| | Divorciada | 3 | 4,50 | 23 | 12,60 | 26 | 10,40 | | |
| | Total | 67 | 100,00 | 183 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Edad** | Adulto Joven | 39 | 58,20 | 107 | 58,50 | 146 | 58,40 | 0,001 | 0,970 |
| | Adulto Medio | 28 | 41,80 | 76 | 41,50 | 104 | 41,60 | | |
| | Total | 67 | 100,00 | 183 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Dependencia Económica** | No | 45 | 67,20 | 131 | 71,60 | 176 | 70,40 | 0,460 | 0,498 |
| | Si | 22 | 32,80 | 52 | 28,40 | 74 | 29,60 | | |
| | Total | 67 | 100,00 | 183 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

**Tabla N. 17 Distribución de las mujeres víctimas de violencia económica y variables sociodemográficas**

| | | Violencia Económica | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | No | | Si | | Total | | | |
| | | # | % | # | % | # | % | $X^2$ | P |
| **Nivel de Instrucción** | Ninguna | 1 | 0,60 | 3 | 4,20 | 4 | 1,60 | | |
| | Básica | 135 | 75,80 | 48 | 66,70 | 183 | 73,20 | | |
| | Bachillerato | 30 | 16,90 | 18 | 25,00 | 48 | 19,20 | 7,092 | 0,069 |
| | Superior | 12 | 6,70 | 3 | 4,20 | 15 | 6,00 | | |
| | Total | 178 | 100,00 | 72 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Estado Civil** | Soltera | 28 | 15,70 | 19 | 26,40 | 47 | 18,80 | | |
| | Unión Estable | 136 | 76,40 | 41 | 56,90 | 177 | 70,80 | | |
| | Divorciada | 14 | 7,90 | 12 | 16,70 | 26 | 10,40 | 9,645 | 0,008* |
| | Total | 178 | 100,00 | 72 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Edad** | Adulto Joven | 107 | 60,10 | 39 | 54,20 | 146 | 58,40 | | |
| | Adulto Medio | 71 | 39,90 | 33 | 45,80 | 104 | 41,60 | 0,746 | 0,388 |
| | Total | 178 | 100,00 | 72 | 100,0 | 250 | 100,00 | | |
| **Dependencia Económica** | No | 137 | 77,00 | 39 | 54,20 | 176 | 70,40 | | |
| | Si | 41 | 23,00 | 33 | 45,80 | 74 | 29,60 | 12,788 | 0,00* |
| | Total | 178 | 100,00 | 72 | 100,0 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos**. Elaborado por:** Velástegui Pérez Mariana

**Tabla N. 18 Distribución de las mujeres víctimas de violencia sexual y variables sociodemográficas**

| | | Violencia Sexual | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **No** | | **Si** | | **Total** | | | |
| | | **#** | **%** | **#** | **%** | **#** | **%** | **$X^2$** | **P** |
| **Nivel de Instrucción** | Ninguna | 3 | 1,50 | 1 | 1,80 | 4 | 1,60 | | |
| | Básica | 145 | 74,70 | 38 | 67,90 | 183 | 73,20 | | |
| | Bachillerato | 36 | 18,60 | 12 | 21,40 | 48 | 19,20 | 1,515 | 0,679 |
| | Superior | 10 | 5,20 | 5 | 8,90 | 15 | 6,00 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Estado Civil** | Soltera | 31 | 16,00 | 16 | 28,60 | 47 | 18,80 | | |
| | Unión Estable | 146 | 75,30 | 31 | 55,40 | 177 | 70,80 | 8,328 | 0,016* |
| | Divorciada | 17 | 8,80 | 9 | 16,10 | 26 | 10,40 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Edad** | Adulto Joven | 113 | 58,20 | 33 | 58,90 | 146 | 58,40 | | |
| | Adulto Medio | 81 | 41,80 | 23 | 41,10 | 104 | 41,60 | 0,008 | 0,927 |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |
| **Dependencia Económica** | No | 145 | 74,70 | 31 | 55,40 | 176 | 70,40 | 7,837 | 0,005* |
| | Si | 49 | 25,30 | 25 | 44,60 | 74 | 29,60 | | |
| | Total | 194 | 100,00 | 56 | 100,00 | 250 | 100,00 | | |

**Fuente:** Base de Datos. **Elaborado por**: Velástegui Pérez Mariana