

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA**



TESIS

**VISIBILIDAD DE LAS FORMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA, MUJERES
ENTRE 18 - 50 AÑOS QUE ASISTEN AL CESAMO MONTERREY CON
DIAGNÓSTICO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, 2014.**

PRESENTADO POR:

KARINA MABEL VEGA MARTINEZ

**PREVIA OPCIÓN AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PÚBLICA**

ASESORAS

**DRA. EMILIA ALDUVIN
MSc. MERCEDES MARTINEZ H.**

TEGUCIGALPA M.D.C.

FEBRERO 2017, HONDURAS, C.A.

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS
UNAH**

**RECTORA
Licda. JULIETA CASTELLANOS RUIZ**

**VICE RECTORA ACADÉMICA
MSc BELINDA FLORES**

**VICE RECTOR DE ORIENTACIÓN Y ASUNTOS ESTUDIANTILES
Abg. AYAX IRIAS COELLO**

**VICE RECTOR DE ASUNTOS INTERNACIONALES
Dr. JULIO RAUDALES**

**SECRETARIA GENERAL
Abg. ENMA VIRGINIA RIVERA**

**DIRECTORA DEL SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
MSc. LETICIA SALOMÓN**

**DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. MARCO TULIO MEDINA**

**SECRETARIO ACADÉMICO FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Dr. JORGE ALBERTO VALLE RECONCO**

**COORDINADORA GENERAL POSGRADOS FACULTAD CIENCIAS
MÉDICAS
Dra. ELSA YOLANDA PALOU**

**COORDINADOR GENERAL DEL POSGRADO DE SALUD PÚBLICA
Dr. HÉCTOR ARMANDO ESCALANTE VALLADARES**

AGRADECIMIENTOS

A Dios Todo Poderoso

Al personal docente y administrativo del Posgrado de Salud Pública de la
Facultad de Ciencias Médicas.UNAH

ÍNDICE

I INTRODUCCIÓN	3
II OBJETIVOS	5
A. OBJETIVO GENERAL	
B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
III MARCO TEÓRICO	6
IV HIPÓTESIS	47
A. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	
B. HIPÓTESIS NULA	
V METODOLOGÍA	48
A. DISEÑO METODOLÓGICO	
VI RESULTADOS	54
A. RESULTADOS CUANTITATIVOS	
B. RESULTADOS CUALITATIVOS	
VII ANÁLISIS DE RESULTADOS	70
A. CUANTITATIVOS	
B. CUALITATIVOS	
VII CONCLUSIONES	90
VII RECOMENDACIONES	92
X BIBLIOGRAFÍA	94

X ANEXOS	99
-----------------------	-----------

A. LISTA DE CHEQUEO

**B. PREGUNTAS PARA GRUPO FOCAL HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA
DOMÉSTICA**

C. FICHA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

I. INTRODUCCIÓN

Desde hace muchos años se habla de violencia doméstica y el problema de salud pública que esta representa para la vida y salud de la mujer que la sufre, con respecto al tema se han realizado diferentes reuniones a nivel internacional en pro de la generación de políticas públicas que permitan una atención integral multidisciplinaria e intersectorial de calidad a la mujer víctima de violencia , pero al momento que las mujeres en edad fértil asisten a los diferentes establecimientos de salud pública del país en busca de solución por alguna o varias de las diferentes formas de violencia doméstica que sufren en su vida diaria el personal de salud que brinda la atención no visibiliza la violencia o simplemente la enmascara en otras patologías de salud mental tales como ansiedad , depresión o ambos diagnósticos.

Es por tal motivo que se realizó el presente estudio en el Establecimiento de Salud Monterrey en la ciudad de Comayagüela del Distrito Central con el objetivo de visibilizar las diferentes formas de violencia doméstica de las mujeres en edad fértil que asisten al establecimiento de salud antes mencionado mediante un estudio descriptivo, transversal y bietápico en su primer etapa cuantitativa y cualitativo en la segunda etapa en las cuales se planteó la hipótesis acerca de que la violencia doméstica en mujeres que asisten a la consulta del Establecimiento de Salud Monterrey está siendo enmascarada en patologías de salud mental, tales como la ansiedad y depresión o ambos diagnósticos provocando su invisibilidad e impidiendo una atención integral por parte del personal de salud.

Para la primera etapa cuantitativa se utilizó la técnica de lista de chequeo de los expedientes clínicos de las mujeres con diagnóstico de ansiedad, depresión o ambos, para la etapa cualitativa se utilizó la técnica de grupo focal a las mujeres que resultaron con tamizaje positivo para violencia doméstica, un primer grupo

con mujeres entre 18 a 30 años de edad y un segundo grupo en mujeres entre los 30 a 50 años de edad.

Los resultados cuantitativos analizan los datos encontrados con respecto a la presencia de patologías de salud mental en la población de mujeres en edad fértil así como los datos consignados en los instrumentos utilizados para el abordaje de la violencia doméstica , de igual manera los resultados cualitativos demuestran la importancia de la relación médico paciente en la cual se debe procurar la confianza a la mujer para que ella misma exprese con detalles la violencia que sufre y sobre todo preguntar a toda mujer en edad fértil independientemente del motivo de consulta , si es o ha sido víctima de violencia doméstica.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Visibilizar las diferentes formas de violencia doméstica en mujeres entre los 18 y 50 años de edad, que asisten a los servicios de salud del Establecimiento de Salud Monterrey con diagnóstico de ansiedad y depresión ,2014.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar la presencia de diagnósticos de ansiedad, depresión o ambos diagnósticos en la población de mujeres en edad fértil que asisten al Establecimiento de Salud Monterrey.

Identificar en la Historia Clínica del Adulto (HC4) y la hoja de tamizaje de violencia doméstica la consignación de datos sobre episodios de las diferentes formas de violencia doméstica que presentan las mujeres participantes en el estudio.

Identificar en la relación médico paciente los factores que provocan la invisibilidad de la violencia doméstica en las mujeres que asisten al Establecimiento de Salud a consulta médica.

III MARCO TEÓRICO

Génesis y evolución de la violencia de género

El enfoque de género en salud permite visualizar las iniquidades entre mujeres y hombres, y por tanto realizar intervenciones en correspondencia con las necesidades de cada sexo. Se realizó un análisis documental que permitió explicar la fundamentación teórica y la socialización de género, así como también cómo se manifiesta de acuerdo con las distintas etapas de la vida y las condiciones en que viven los hombres. Se expuso además la utilidad del uso de indicadores que permiten identificar las diferencias entre los sexos, y otros procedimientos usados para este fin. (Labrador & Castañeda, 2003)

La discriminación de la mujer en la sociedad representó la primera forma de explotación existente, incluso antes que la esclavitud. Los hechos que ejemplifican las desigualdades y discriminaciones hacia la mujer son numerosas y antiquísimos. Algunos datan del año 400 A.C., cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un dios al que la mujer debía adorar. Ella ocupaba un lugar tan insignificante que ni siquiera podía recibir herencia o beneficio alguno. En la India, los testimonios más antiguos aseguran que si la mujer enviudaba era quemada viva junto al cadáver del esposo en una ceremonia llamada Sati, acto este que quedaba incluido dentro de las obligaciones como esposa.

Además la mujer infecunda era repudiada, al igual que la que gestaba sólo hijas; y en las comunidades de Irán y Etiopía, el nacimiento de una mujer era una deshonra, siendo, incluso, este vocablo sinónimo de bajeza, debilidad y desgracia. El hombre adquiría la condición de señor amparado en el principio de la fragilitas sexus, es decir la fragilidad propia de la mujer que abarca tanto lo

físico, como lo psíquico y moral. La autoridad del mando era tal que podía llegar a asesinar a su esposa en determinadas circunstancias, y en caso de adulterio se otorgaba el derecho a matar al padre y hermanos de la mujer , lo que resaltaba a considerar a la mujer más como un bien que como a una persona. (Núñez, 2014)

Núñez (2014) en su estudio cita las palabras del teólogo Juan José Tamayo (2008) el cual refiere que *“las religiones han ejercido históricamente, y siguen ejerciendo hoy distintos tipos de violencia contra las mujeres: física, psíquica, simbólica y religiosa”*, y esto deja constancia en los textos sagrados. La imagen de la mujer casi siempre asociada al pecado en el ámbito judeo-cristiano y, por lo tanto, a la tentación, a la seducción y al peligro, debido a la tradición bíblica del libro del Génesis, que la culpabiliza del pecado original. En sus orígenes se convirtió a la mujer en objeto propiedad del hombre, el patriarca. Al patriarca pertenecían los bienes materiales de la familia y sus miembros.

Así, la mujer pasaba de las manos del padre a las manos del esposo, teniendo ambos plena autoridad sobre ella, pudiendo decidir, incluso, sobre su vida. La mujer estaba excluida de la sociedad, formaba parte del patrimonio de la familia, relegada a la función reproductora y a las labores domésticas. En la Roma clásica, en sus primeros tiempos, es manifiesta la dependencia de la mujer, debiendo obediencia y sumisión al padre y al marido. (Núñez, 2014)

La religión islámica, es sumamente discriminatoria, la mujer, a partir del casamiento, adquiere la condición de propiedad privada del marido. El Corán estipula como deber del hombre pegarle a la esposa rebelde, así como el encierro perpetuo de las infieles en la casa. El castigo corporal no está limitado, es legítima facultad masculina sobre su cónyuge, de modo que se exonera de responsabilidad penal al esposo cuya mujer falleciere como resultado de una golpiza con fines “educativos”. (Núñez, 2014)

No es hasta finales del siglo XIX, que se dicta en los Estados Unidos, en el estado de Maryland, en 1882, la primera ley para castigar el maltrato conyugal. En la misma se imponían como pena cuarenta latigazos o un año de privación de libertad al victimario por los abusos cometidos, pero después de sancionado el primer caso, inexplicablemente cesó la comisión de este delito, o por lo menos su denuncia, siendo derogada esta ley en 1953. En Inglaterra en 1889, se logró abolir como norma el derecho del marido a castigar a su cónyuge, situación está que desafortunadamente en la actualidad no opera, ya que una de cada siete esposas es violada por su pareja y más del 50% de las agresiones contra las mujeres son cometidas por hombres con las que estas mantienen o han mantenido una relación amorosa.

Aún en el siglo XX se aprobaron leyes como el decreto-ley aprobado por Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Árabes, Irán e Irak, firmado en 1990, donde se permite asesinar a las mujeres de la familia si incurren en adulterio o deshonor, para lo cual es posible apedrearlas hasta la muerte. Datos como estos son los que demuestran que en el curso de la vida de la humanidad ningunos derechos han sido pisoteados tanto como los de las mujeres. (Atwood, 2015)

En la actualidad las cifras reales del problema no se conocen en su totalidad, pues muchas mujeres no denuncian tales hechos, pero las informaciones existentes son indicadores de preocupación como el caso del continente americano, en el que Costa Rica tiene una de cada dos mujeres siendo víctima de agresión por parte de su pareja; en Puerto Rico, el 50 % de las mujeres víctimas de homicidios o asesinatos mueren en manos de sus ex esposos o esposos actuales; en México el 61% de las amas de casa son golpeadas por su pareja, mientras que en Argentina esto ocurre a una de cada cuatro mujeres, en Chile a un 80 % de las féminas, en Ecuador a un 68% . (Bott, Guedes, & Goodwin, 2013)

Con respecto a Honduras, según Atwood (2015) es el país donde cada 16 horas asesinan a una mujer. Las causas de las muertes violentas de mujeres tienen su origen en un modelo estructural que sitúa a las mujeres en una posición de desigualdad frente a los hombres, que se reproduce a través de instituciones sociales y estatales. La violencia doméstica es uno de los efectos colaterales del sistema patriarcal y androcéntrico. Los rasgos esenciales de la violencia de género son su carácter sociocultural, multifacético, pluricausal, cíclico, asimétrico y antijurídico; debiendo ser necesariamente tratada desde un enfoque multidisciplinario. Se debe sistematizar el tratamiento del fenómeno violencia de género desde el estudio multidisciplinario: psicológico, sociológico, antropológico, sociocultural, pedagógico, entre otros. (Cubas, 2011)

La agresión a la mujer no es un hecho que ha aparecido recientemente, ni que se trata de sucesos aislados, si no que ha estado presente en la historia, y que, al igual que ahora ha sido justificada, ocultada, y considerada como algo que encuadraba dentro de la normalidad.

Teoría de la violencia hacia la mujer

Teoría del ciclo de la violencia.

Leonore Walker (1979), sostiene que estas mujeres fueron maltratadas en etapas iniciales de su relación y pese que al principio realizaron intentos por cambiar la situación, siempre obtuvieron como resultado el fracaso. Según Walker, tal situación puede ser analizada desde la perspectiva de la Teoría de Seligman, sobre la *“indefensión”* o la *“desesperanza aprendida”*, donde en el proceso de indefensión, la mujer renuncia a tratar de efectuar modificaciones, aprende a vivir asustada y a creer que es imposible producir un cambio en la situación conyugal.

En la experiencia de trabajo con mujeres maltratadas, Walker (1984), investigó las claves psicológicas y los factores sociales que componían el *Síndrome de la Mujer Maltratada*, al que denominó así para referirse a aquellos síntomas psicológicos relativos a vivir en una relación donde haya maltrato. Esta autora desarrolló su teoría del *Ciclo de la violencia conyugal* (1979), teoría que aporta elementos de gran valor para la comprensión de la interacción violenta entre un hombre maltratador y una mujer maltratada. La mujer intenta evitar la discusión, minimiza los incidentes conflictivos entre la pareja, atribuye a factores externos los motivos por los que su pareja está violenta (estrés laboral, social, etc.) y esto le conduce a la idea de que ella no puede hacer nada para cambiar la situación.

La violencia hacia la mujer en América Latina

El secretariado permanente de la red Latinoamericana y del Caribe para la democracia alerta sobre los altos niveles de violencia contra la mujer persistentes en América Latina. Según la Organización Panamericana de la Salud, (2013) los niveles de violencia contra la mujer afectan de entre 17% a 53% de la población de mujeres en cada país de la región. En cifras absolutas, se estima que la tasa de violencia sexual contra la mujer en América Latina contabiliza los 500 episodios por día. La violencia doméstica y sexual, las violaciones sistemáticas de mujeres y niñas; así como otras series de conductas y acciones, se siguen perpetrando en América Latina y el Caribe.

Sobre el tema de violencia, en Ecuador por ejemplo, se estima que 6 de cada 10 mujeres sufren violencia física o psicológica. La oficina de las Naciones Unidas en Bolivia, hizo un llamado a la sociedad boliviana en su conjunto para erradicar acciones, violentas o solapadas, que frenan los derechos y las oportunidades de las mujeres de vivir plenamente y sin discriminación alguna.

En Argentina, a lo largo de 2012, se registraron en promedio cinco femicidios por semana, para un total de homicidios de 255 personas solamente por el hecho de ser mujeres. (Collazo, 2013)

En Uruguay, durante los meses de Enero y Febrero 2013, han ocurrido 6 asesinatos de mujeres en manos de sus parejas, sumado a 2 suicidios cometidos por los victimarios. Según datos oficiales, hubo 24.000 víctimas de violencia doméstica en 2012, contra unas 16.000 en 2011, y cerca de 15.000 en 2010. En el caso de Colombia, entre 2001 y 2009, más de 26.000 mujeres fueron violadas sexualmente y 400 mil abusadas. Acción social registra más de 1.950.000 mujeres desplazadas por violencia.

México es un caso alarmante, en donde 7 de cada 10 mujeres han vivido en cualquier momento de su vida, algún tipo de violencia y se calcula una violación cada 4 minutos. Según el Observatorio Nacional del Femicidio de México, en el lapso comprendido entre junio de 2010 y junio de 2012 cerca de 4,000 mujeres desapareció, el 51% de estas mujeres tenían entre 11 y 20 años. En Brasil, a pesar de grandes avances en la materia, sólo en 2011 murieron más de 2.982 mujeres en casos de violencia, además, se calcula que cada 15 segundos una mujer es agredida física, verbal o psicológicamente por violencia doméstica. (Collazo, 2013)

Venezuela no escapa a esta realidad, ya que a pesar de contar con una ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, cada 15 minutos una mujer sufre abusos a manos de su pareja o ex pareja en Venezuela, lo cual significa que casi 100 mujeres son vejadas diariamente. Los anteriores son casos de países concretos pero la realidad como tal se extiende a toda la región Latinoamericana y del Caribe, ya que en la mayoría de los países de la región se presentan estadísticas similares y cifras alarmantes.

Si bien todos los países latinoamericanos han firmado y ratificado, la convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (conocida como Convención Belém Do Pará), consideramos alarmante la violencia sistemática que sufren las mujeres Latinoamericanas. (Bott, Guedes, & Goodwin, 2013)

También se debe considerar que no todos los casos de violencia son denunciados y que muchas veces fallecimientos producidos por violencia de género no son registrados como tales. Son los supuestos de mujeres que ingresan a los hospitales con evidencia de violencia sexista, pero al fallecer en sus certificados de defunción figura muerte por paro cardíaco respiratorio u otro causal, invisibilizando la violencia que generó el cuadro traumático; se habla también de mujeres que mueren por abortos clandestinos; mujeres que aparecen en las noticias como muertas por suicidio, pero que han padecido previamente una situación de violencia sexista y/o violaciones. (Suarez, 2013)

Se insta a los estados a dentro de sus cometidos de difusión, promoción y garantía de los derechos humanos invertir más recursos en la implementación de estrategias para garantizar a las mujeres y niñas el derecho a la vida, así como mayor sensibilización destinada a la ciudadanía, recordando que este flagelo no es un tema privado, sino que afecta a toda la sociedad. (Suarez, 2013)

La violencia contra la mujer en América Latina y el Caribe: Un análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países, es el título del documento que refleja cómo el abuso incluye desde heridas físicas, cortes y moretones hasta huesos rotos, pasando por abortos involuntarios y quemaduras. Sin embargo, a pesar de ello, entre el 28 y 64% de las afectadas no buscó ayuda o habló con nadie acerca de esta experiencia. La investigación recoge también

que entre 10 y 27% de las mujeres en estos países declararon haber padecido violencia sexual en algún momento de sus vidas, cometida por su pareja.

Tres de los 10 países del mundo con más altas tasas de violaciones sexuales y abusos contra la mujer pertenecen a la región del Caribe, alertó la directora de ONU Mujeres para América Latina, 13% de las mujeres reportaron en alguna ocasión haber sido víctimas de violencia doméstica y 23%, de psicológica. El fenómeno se extiende también por Latinoamérica, donde 40% de ellas son víctimas de violencia física y la tasa de maltrato psicológico en las relaciones de pareja asciende a 50%. (Sagot, Caserdo, & OPS/OMS, 2000)

Según Nessa Medina 2014

“Son 526 feminicidios los que se registraron en 2014. Tres de cada cinco muertes ocurren en el Distrito Central, siendo Comayagüela más violenta para las mujeres que Tegucigalpa y San Pedro Sula, muchos de esos asesinatos de mujeres, cuyas edades oscilaron entre los 18 y 45 años, no se han investigado y una cantidad ínfima ha sido esclarecida, debido a la poca colaboración de la población.”

De acuerdo a datos del Observatorio de la Violencia de 2008 a 2014 se registraron un total de 4 mil 18 muertes violentas de mujeres reflejando un incremento sostenido de 263.42% en este ciclo de tiempo y un 2.5% cada dos años (2009-2010 a 2011)-(2001 a 2012). Para el 2014 los datos indicaban un leve descenso de 2.6% equivalente a 531 muertes violentas de mujeres. Sin embargo la tendencia hacia el aumento de estos crímenes sigue vigente pues para agosto de 2015, se calculaban de acuerdo a medios de comunicación 275 casos, de acuerdo a las estadísticas registradas por Visitación Padilla.

El 47 por ciento de las mujeres entre 15 a 29 años son el primer grupo más afectado por la violencia y el segundo lo conforman las ubicadas en las edades de 30 a 34 años. En los Juzgados de Paz las denuncias por violencia subieron el 390.5 por ciento. Y los datos de los últimos cuatro años a nivel nacional reflejan que de cada 10 mujeres 7 sufren violencia. (Violencia, 2015)

Violencia doméstica

La violencia doméstica es todo patrón de conducta asociado a una situación de ejercicio desigual de poder que se manifieste en el uso de la fuerza física, violencia psicológica, patrimonial, sexual, intimidación o persecución. (SESAL, 2015)

Violencia doméstica en Honduras

Al Juzgado Especial contra la violencia doméstica en San Pedro Sula llegan mujeres con fuertes golpes en sus rostros que su pareja les ha propinado a puño cerrado. Las mujeres guardan silencio por seguir manteniendo las apariencias de que hay armonía en el hogar; mas no saben que están exponiendo su salud y propia vida. Esos casos traen una preocupación enorme porque se ha visto que el hombre ha considerado que la mujer es un objeto de su propiedad con el cual puede hacer y deshacer.

Otras mujeres llegan con grave daño psicológico a interponer las acusaciones por los insultos que reciben a diario de parte de sus esposos o del hombre con quien sostienen o han sostenido una relación sentimental. Hasta la infidelidad es una violencia psicológica contra la mujer por el mensaje que conlleva. Una mujer sabe que si su pareja busca a otra, indirectamente le está diciendo que no es una mujer completa para él. Le va bajado su autoestima y se considera

que no es suficiente y que no reúne los requisitos que debe tener para él. (Conexihon.info, 2013)

La violencia en el ámbito familiar y sobre todo contra la mujer por parte del marido o compañero sentimental está enraizada en lo más profundo de la cultura patriarcal tradicional y para erradicarla se requiere una profunda y radical transformación educativa, concuerdan seguidores de la temática. La primera tipifica todas las formas de violencia hacia las mujeres como la física, psicológica, sexual, patrimonial, mientras que el segundo establece regulaciones asociadas a la convivencia, el respeto en el seno familiar y la crianza de los infantes, entre otros. (Vivian Collazo, 2013)

Lamentablemente hay casos en todos los estratos. No hay un comportamiento para decir que en determinado estrato social se presentan más casos de violencia doméstica. Normalmente se ve en mujeres de 20 a 40 años, que son las que más denuncian, pero hay mujeres de 50 años que dicen que *“para qué lo van a hacer”*. Lamentablemente este flagelo se mantiene latente en la sociedad Hondureña. (www.Holahonduras.tv, 2011)

Según este orden las mujeres se encuentran en una posición subordinada frente a los hombres, los que a su vez ejercen poder sobre ellas de distintas maneras, siendo la violencia una manifestación de ese poder. Este orden es mantenido, perpetuado y avalado, por nuestra cultura y por el conjunto de la sociedad, a través de las costumbres, las leyes, las instituciones como la familia, la iglesia, la educación, entre otras.

La declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer define a la violencia contra la mujer como todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo 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 vía pública como en la privada. (INAM, 2006- 2010)

Formas de violencia doméstica

Se consideran formas de violencia doméstica, las siguientes:

Violencia física:

Es toda acción u omisión que directa o indirectamente está dirigida a ocasionar un daño o sufrimiento físico a la mujer, tales como: Lesiones internas o externas, heridas, hematomas, quemaduras, empujones o cualquier otro maltrato que afecte su integridad física.

Violencia psicológica:

Es toda conducta activa emisiva ejercida en deshonra, descrédito o menosprecio al valor o dignidad personal, tratos humillantes y vejatorios, vigilancia constante, aislamiento, marginalización, negligencia, abandono, celotipia, comparaciones destructivas, amenazas y actos que conllevan a las mujeres víctimas de violencia a disminuir su autoestima, a perjudicar o perturbar su sano desarrollo, a la depresión e incluso al suicidio.

Violencia sexual:

Es toda conducta que amenace o vulnere el derecho de la mujer a decidir voluntaria y libremente su sexualidad, comprendiendo ésta no sólo el acto sexual, sino toda forma de contacto o acceso sexual, genital o no genital, tales como actos lascivos, actos lascivos violentos, acceso carnal violento o la violación propiamente dicha.

Violencia patrimonial y económica:

Se considera violencia patrimonial y económica toda conducta activa u omisiva que directa o indirectamente, en los ámbitos público y privado, esté dirigida a ocasionar un daño a los bienes muebles o inmuebles en menoscabo del patrimonio de las mujeres víctimas de violencia o a los bienes comunes, así como la perturbación a la posesión o a la propiedad de sus bienes, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades; limitaciones económicas encaminadas a controlar sus ingresos; o la privación de los medios económicos indispensables para vivir. (Poder Judicial Honduras, 1997)

El ciclo de la violencia

Las mujeres víctimas de violencia doméstica están sometidas a un ciclo que se repite constantemente en su cotidianeidad. Esta agresión puede ir variando sus tipos y aumentando cada vez que ocurre un nuevo evento. Leonor Walter, psicóloga estadounidense que se ha encargado de estudiar por mucho tiempo la violencia doméstica de la cual es víctima la mujer en el seno familiar, en sus numerosos estudios, llevados a cabo desde finales de los años setenta, expone que son cientos de mujeres las maltratadas por sus esposos o compañeros y que este no es un hecho aislado, sino todo lo contrario, ya que responde a un patrón cíclico porque las etapas se presentan de forma continua.

Exhausta de tanto estrés, se empieza a alejar de su pareja y evita molestarlo para no causar una explosión en él. El hombre percibe esta conducta como una amenaza de abandono, por lo que aumenta su nivel de opresión. Las mujeres que experimentan violencia doméstica siguen un patrón definido de relación con su pareja, al que denomina el Ciclo de Violencia. Este ciclo se divide en tres

fases que se repiten una y otra vez: la fase de acumulación de tensión, la fase del momento agudo y la fase de luna de miel.

Fase de acumulación de tensión

Es el período en el cual ocurren incidentes de abuso menores que van acumulando tensión en la pareja. Durante este período, el hombre agrede a la mujer de una manera constante y controlada, a través de pellizcos, insultos, enojo, manifestaciones de insatisfacción, reclamos, etc. Ante esta situación, la mujer trata de calmar a su pareja para que la violencia no suba de intensidad: se comporta cariñosa, complaciente, trata de anticiparse todos los deseos de su pareja. Niega ante sí misma que el abuso ocurrido y que su pareja fue capaz de lastimarla; minimiza los incidentes de abuso y sus consecuencias; racionaliza las situaciones justificando la conducta de su pareja.

Fase explosión violenta

Es el período durante el cual se presenta una descarga incontrolable de las tensiones que se acumularon durante la fase previa. Esta fase se diferencia de la anterior por su carácter incontrolable, impredecible y destructivo. Usualmente se dispara por un evento externo o por el estado interno del hombre y tiene poca relación con la conducta de la mujer. De acuerdo a los reportes de los hombres violentos, las agresiones en contra de su pareja tienen una intención: enseñarle a la mujer una lección. Por este motivo, ellos dejan de agredirla cuando creen que la mujer ya aprendió la lección y, muchas veces, para este momento, ella ya ha sido severamente maltratada.

Inmediatamente después de que el incidente violento termina, las mujeres generalmente experimentan un shock inicial y una falta de creencia de que el incidente realmente les ocurrió. Las víctimas experimentan una forma de

colapso emocional que puede durar, por lo menos, las primeras veinticuatro horas después del incidente. Durante estas horas, experimentan depresión, ansiedad y sentimientos de desesperanza, por lo que se aíslan y no buscan ayuda inmediatamente.

Fase de luna de miel

Es un período de tiempo que se presenta inmediatamente después de la segunda fase y que se caracteriza por la ausencia de tensión. Durante este período, el hombre cambia radicalmente su conducta mostrándose cariñoso, amoroso y considerado. Usualmente, se arrepiente de la agresión, pide perdón y promete que no volverá a ocurrir. Así mismo, el hombre toma acciones que demuestran su sinceridad en las promesas que está haciendo. Muchas veces se produce una negación de lo ocurrido, minimizando la gravedad del acto violento, se intentan renegociar los términos de la relación.

Después de este período de calma, vuelve a iniciar la fase uno del Ciclo de la Violencia. El ciclo de la violencia ha sido encontrado en la mayoría de las parejas que viven en una situación de violencia conyugal. Sin embargo, no se ha logrado determinar cuánto tiempo una pareja permanece en cada una de las fases ni tampoco cuánto tiempo le toma completar el ciclo. Existe evidencia de que a través del tiempo, la fase de acumulación de tensión se vuelve más larga y que la fase de luna de miel tiende a reducirse.

Consecuencias de la violencia doméstica hacia la mujer.

La violencia tiene diversas consecuencias que incluyen desde su impacto en la salud de la mujer, así como repercusiones económicas para el hogar debido a la utilización de servicios de salud y aún en la actividad productiva de la mujer. Entre las diversas consecuencias de la violencia durante o posterior a una relación sexual durante el último año, las mujeres reportan el haber tenido algún

daño, Infecciones genitales producto del maltrato y sangrado vaginal. Es de llamar la atención que el 3.8% de las mujeres agredidas hayan tenido que hospitalizarse o ser operadas lo cual señala la severidad de la agresión sufrida.

La utilización de servicios de salud para la atención de lesiones producidas durante el hecho violento, están estrechamente relacionadas con la gravedad de las lesiones, que van, desde el presentar heridas que hayan requerido ser suturadas, las fracturas y pérdida de algún diente, hasta el haber requerido ser hospitalizada. Llama la atención que el 33% y 38% de las mujeres que refirieron fracturas o que requirieron suturas respectivamente, no acudieron a ninguna institución de servicios de salud para su atención, esto limita la capacidad de los servicios de salud de identificar a las víctimas de violencia.

Por otro lado, el maltrato físico tiene además del impacto emocional y físico, repercusiones económicas que se expresan no solamente en la utilización de servicios de salud sino en la actividad productiva de la mujer. En total debido a las consecuencias de la violencia o el maltrato en el grupo de las mujeres estudiadas se han perdido un total de 1048 días productivos en el último año. La violencia contra mujeres acarrea costos más allá del sufrimiento no visible y del impacto en su calidad de vida y bienestar que incluyen aquellos costos que el sobreviviente y su familia deben asumir a nivel de salud (física o mental), trabajo y finanzas, así como el efecto que ello tiene en los niños.

Se agrega a ello una selección de diez causas y factores de riesgo de discapacidad y muerte para mujeres entre las edades de 18 y 44, la violencia doméstica considerada con una incidencia superior al cáncer, accidentes de tránsito, la guerra y la malaria (Banco Mundial, 1994). Ejemplos de tales costos y consecuencias:

- a) Lesiones inmediatas como fracturas y hemorragias así como enfermedades físicas de larga duración (por ejemplo, enfermedades gastrointestinales, desórdenes del sistema nervioso central, dolor crónico)
- b) Enfermedades mentales como depresión, ansiedad, desórdenes de estrés post traumático, intento de suicidio;
- c) Problemas sexuales y reproductivos como infecciones por transmisión sexual (incluyendo el VIH) y otras enfermedades crónicas; disfunciones sexuales; embarazos forzados o no deseados y abortos inseguros; riesgos en la salud materna y la salud fetal (especialmente en casos de abuso durante el embarazo)
- d) Abuso de sustancias (incluyendo alcohol);
- e) Habilidades deficientes para el funcionamiento social, aislamiento social y marginación.
- f) Muerte de mujeres y de sus hijos (producto de negligencia, lesiones, riesgos asociados al embarazo, homicidio, suicidio y /o VIH y asociados al SIDA)
- g) Pérdida de días laborales, baja productividad y bajos ingresos
- h) Reducción o pérdida total de oportunidades educativas, laborales, sociales o de participación política; y
- i) Desembolsos (a nivel individual, familiar y del presupuesto público) para sufragar servicios médicos, judiciales, sociales y de protección.

Costos nacionales para la reducción de la pobreza, y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Honduras.

Los estados miembros de la ONU aprobaron en Septiembre de 2015 la agenda para el 2030 para el desarrollo sostenible que incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia y hacer frente al cambio climático

El Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible habla sobre la importancia de lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Mediante la eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos públicos y privados, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación. (PNUD, 2015)

La desigualdad y la violencia de género obstaculizan los esfuerzos de los países por reducir la pobreza.

Las mujeres y las niñas constituyen la mitad del capital humano disponible para reducir la pobreza y conseguir el desarrollo. Sin embargo, la violencia basada en el género socava sus derechos fundamentales, la estabilidad social y la seguridad, la salud pública, las oportunidades de formación y de empleo de las mujeres, así como el bienestar y las perspectivas de desarrollo de los niños y las comunidades.

La violencia contra las mujeres reduce la productividad y agota los presupuestos públicos.

La violencia contra las mujeres supone enormes costes directos e indirectos para las supervivientes, los empleadores y el sector público por lo que se refiere a los gastos en materia de sanidad, policía, servicios jurídicos y otros gastos relacionados, así como en términos de pérdidas salariales y de productividad. Según un estudio efectuado en la India, una mujer pierde, de media, un mínimo de cinco días de trabajo remunerados por cada incidente de violencia a manos de su pareja.

Los costes y las consecuencias de la violencia contra las mujeres duran generaciones.

Tanto niños como niñas, que han presenciado o sufrido violencia basada en el género, tienen más probabilidades de llegar a ser víctimas o maltratadores al crecer. Por ejemplo, diversas encuestas realizadas en Costa Rica, República Checa, Filipinas, Polonia y Suiza revelaron que los niños que habían visto al padre emplear la violencia contra la madre tenían el triple de probabilidades de usar la violencia contra su pareja en un futuro. Los niños que son testigos de violencia doméstica corren un mayor riesgo de sufrir ansiedad, depresión, baja autoestima y un deficiente rendimiento escolar, entre otros problemas que dañan su bienestar y desarrollo personal.

En Nicaragua, el 63% de los hijos de madres que han sufrido abusos tuvieron que repetir un curso escolar y abandonaron los estudios, de media, 4 años antes que otros niños. (ONU, 2012)

La violencia daña la salud reproductiva, la salud materna y la del niño.

La violencia basada en el género limita considerablemente la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos reproductivos, con graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva. Una de cada cuatro mujeres padece violencia física o sexual durante el embarazo. Esto aumenta la probabilidad de que se produzcan abortos y muertes de neonatos, partos prematuros y de que nazcan niños con poco peso. Entre el 23% y el 53% de las mujeres que sufren abusos físicos a manos de su pareja durante el embarazo reciben patadas o puñetazos en el abdomen. (Salas & Lozano, 2011)

La violencia limita el acceso de las mujeres a la planificación familiar, que puede llegar a reducir la mortalidad materna entre un 20% y un 35% al disminuir la exposición de las mujeres a riesgos de salud relacionados con el embarazo.

Las mujeres que son víctimas de la violencia suelen tener más hijos de lo que ellas mismas desearían. Esto no sólo demuestra el poco control que tienen sobre las decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, sino que también reduce los posibles beneficios demográficos de la salud reproductiva, que, según se calcula, disminuyen la pobreza en un 14%. (Salas & Lozano, 2011)

La violencia alimenta la pandemia del VIH /SIDA.

La violencia limita la capacidad de la mujer de protegerse frente al VIH, y las mujeres que viven con el VIH o el SIDA a menudo son víctimas de abusos y estigmatización. Las mujeres ya tienen entre dos y cuatro veces más probabilidades que los hombres de infectarse con el VIH durante las relaciones sexuales, y este riesgo se ve incrementado por el sexo forzado o las violaciones de que son víctimas y el consiguiente uso limitado del preservativo y los daños físicos derivados. (ONU, 2012)

La violencia doméstica: un problema de salud pública y de derechos humanos.

Desde la perspectiva de la salud pública, el análisis de la violencia doméstica debe partir de la base de que se trata de un fenómeno predecible y, por lo tanto, prevenible. Desde la perspectiva de la salud pública, la violencia se percibe como problema porque los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida. Por este motivo los esfuerzos deberán ir dirigidos a desarrollar planes integrales de atención a estas víctimas.

La investigación en este campo se ha centrado en el estudio de la frecuencia y gravedad de las lesiones producidas por hechos violentos, la delimitación de grupos de riesgo y el impacto que tienen dichas lesiones con respecto a los

servicios de salud, metodológicamente las lesiones se han dividido en intencionales y en accidentales o no intencionales. Al respecto, las investigaciones han estado limitadas por problemas derivados de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte, ya que comúnmente se describen las lesiones como accidentes y violencias en conjunto.

Por otra parte, el análisis respecto a morbilidad se ha basado en las lesiones que son objeto de demanda en los servicios de salud, desconociéndose la magnitud real del problema que incluye, además, todas aquellas que no llegan a los servicios o que se ocultan como otras causas. El papel de los servicios de salud se ha centrado, sobre todo, en la atención del daño físico, mientras que los aspectos relacionados con la salud mental (en la víctima y en el agresor) y la prevención de la violencia han quedado relegados.

En la mayoría de los Establecimientos de Salud atienden pacientes víctimas de la violencia de y doméstica, las pacientes acuden a éstas en busca de ayuda psicológica o médica, o por los daños físicos causados por la violencia. Las pacientes acuden a consulta, en primera instancia por buscar atención a su problema psicológico y no por el problema de violencia que sufre. Además, la violencia doméstica tiene un ciclo y dependiendo de la etapa del ciclo de la violencia en que se encuentre la pareja, es que la paciente acudirá con mayor o menor dificultad a la atención psicológica que se le ofrece.

En principio, puede parecerle a la paciente que se le complica más la vida si busca atención a su problema de la violencia, ya que con frecuencia su atención e interés está dirigida a la resolución de su problema médico, sin darse cuenta que la violencia pone en peligro su estado de salud y la de su producto; así como, el estado psicológico y la calidad de vida de la que es necesario dar

solución a los obstáculos para la calidad de vida de las pacientes. (Hernandez, Sanchez, Carreño, & Espindola, 2007)

Pese a ser una práctica común, la violencia doméstica sigue siendo uno de esos temas de los que no se habla. Cada vez existen más estudios que arrojan cifras alarmantes y, sin embargo, en el ámbito social son pocas las personas que han hecho algo para intentar combatirla. Este “*silencio social*” en el que pareciera haber un acuerdo tácito entre las mujeres violentadas y el resto de la sociedad para no hablar del tema, se manifiesta en el ámbito de la salud de tres maneras: que la paciente sea incapaz o evasiva para pedir ayuda médica, que le oculte información al personal de salud y que el personal de salud no haga preguntas relacionadas con el problema.

Ya que la mujer maltratada no siempre logra emprender el camino a la recuperación por sí misma, es necesario que el personal de salud comprenda la importancia de su intervención y rompa con el silencio social. No se pretende que los y las médicos(as), enfermeros(as), auxiliares de salud y trabajadores(as) sociales se conviertan en psicólogos(as) de tiempo completo, por un lado se pretende que reconozcan el problema de la violencia como un problema de salud pública y que se den cuenta de que dichos espacios son ideales para la detección de estos casos, ya que tarde o temprano las mujeres acuden a consulta por una u otra razón.

Por otro lado, se busca que el registro adecuado de casos de violencia sirva para demostrar a las autoridades gubernamentales la magnitud del problema y que se tomen acciones al respecto. Por último, se considera que en el verdadero valor de la atención reside en el impacto que tendrá en la calidad de vida de las víctimas. Con unas cuantas preguntas de rutina, la empatía necesaria para dar apoyo momentáneo y los conocimientos para registrar y referir a la paciente a centros de apoyo a víctimas de violencia, el personal de

salud estará asumiendo su papel de guardián y promotor de la salud y de la vida. (Fawcett, Venguer, Miranda, & Fernandez, 2008)

Violencia doméstica como factor de riesgo para aparición de trastornos en salud mental de la mujer. ansiedad y depresión.

Trastorno depresivo

Todas las personas atraviesan períodos de tristeza, de soledad o de infelicidad los acontecimientos cotidianos, y las reacciones ante ellos, afectan la paz interior. Pero cuando estos sentimientos duran semanas o incluso meses, impidiendo que se vuelva a adoptar una visión sana de la realidad, es posible que se encuentre ante una depresión. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora así mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa.

Depresión en la mujer víctima de violencia doméstica.

Los psicólogos canadienses Barnett y Gotlib concluyen que son las mujeres las que en mayor proporción sufren de depresión por problemas de pareja. Datos disponibles permiten afirmar que los conflictos afectivos con sus parejas son el motivo más frecuente del origen de la depresión de las mujeres.

Con frecuencia, resulta difícil en la práctica separar ambos diagnósticos para efectos de tratamiento; puede anotarse que los eventos de violencia generan signos y síntomas de depresión en la mujer, quien en muchas ocasiones no expresa lo que le pasa, visualizando el profesional en salud, sólo los signos más evidentes de depresión y hacia eso dirige la intervención. Si la persona continúa con los síntomas, es necesario por parte del personal explorar más las causas de su padecimiento, hasta tratar de encontrar su origen. (Obando, 2007)

Más allá del impacto psicopatológico en las víctimas de violencia de pareja, hay una disminución de su calidad de vida y un deterioro en sus condiciones de salud, con un mayor número de problemas psicosomáticos y con un aumento en la frecuencia de las consultas al médico. Los síntomas somáticos aparecen como motivo de consulta en un 20% de los pacientes que acuden a la atención primaria. Suponen también una fuente importante de consultas y consumo de recursos de salud, y muchas veces "enmascaran" la violencia que sufren con la depresión. (Barasua, Irene, Echeburua, & De Corral, 2006)

El impacto de la violencia contra las mujeres y sobre su salud mental puede tener consecuencias devastadoras, como una elevada incidencia de tensión nerviosa, ataques de pánico, trastornos del sueño, alcoholismo, abuso de drogas, baja autoestima, trastorno por estrés postraumático y depresión. (Medina, Borges, & Lara, 2005) Así, diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta han mostrado que la violencia ejercida por la pareja o esposo se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión. (Nixon & Resick, 2004)

El hallazgo de que la depresión se presentó en una proporción 3 veces mayor, en las pacientes que sufren violencia familiar que quienes no la padecen, hace evidente el impacto que ésta tiene sobre la salud mental de la mujer. Un hecho trascendente corresponde a que, en un alto porcentaje de los casos, el perpetrador del maltrato fue la pareja de la víctima, razón por la cual la condición de ser casada también se asoció con la depresión.

Por esta razón, sería conveniente investigar, en aquellas mujeres que acuden a solicitar atención médica por trastorno depresivo, la existencia de antecedentes de violencia doméstica, para que puedan ser canalizadas a las dependencias que brindan apoyo especializado contra la violencia de género, en donde

recibirían la orientación necesaria para la resolución de esta problemática. (Castillo & Arankwosky, 2008)

Las víctimas de la llamada violencia doméstica padecen, en comparación con las que no la sufren, más problemas crónicos de salud como fibromialgia, trastornos gastrointestinales como el síndrome de colon irritable y ginecológico como enfermedades de transmisión sexual, así como trastorno por estrés postraumático, ansiedad y trastornos depresivos. Desde el modelo biomédico, la violencia suele considerarse un problema de salud en sí mismo y clasificarse como una lesión intencionada. Sin embargo, la mejor forma de conceptualizar la violencia contra la mujer es definirla como un factor de riesgo para una mala salud. La depresión también se ha señalado con frecuencia como una de las principales consecuencias de la violencia doméstica. (James & D, 2008)

Según Fawcett, Venguer Miranday Fernández 2008, Prácticamente todas las mujeres entran en contacto con los servicios de salud a lo largo de su vida, ya sea para dar a luz, para acompañar a los hijos o simplemente para una revisión ginecológica de control. Además, si la violencia doméstica, tal como hemos visto, frecuentemente desemboca en problemas de salud de diversa índole, desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren abusos de sus parejas. Otra barrera es la tendencia a “medicalizar”, es decir, a interpretar los problemas en un contexto estrictamente médico. Así, la paciente es diagnosticada como depresiva sin investigar si sufre de violencia doméstica.

Violencia doméstica como factor de riesgo para aparición de trastornos en la salud mental de la mujer.

La Ansiedad

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico.

Gómez (2001) menciona en su estudio que con respecto a la ansiedad en la mujer víctima de violencia, emocionalmente aunque en otra clase de ataques violentos contra la mujer, el contacto inicial y repentino entre víctima y agresor origina una reacción primaria de miedo, y previa a cualquier valoración cognitiva del hecho, el miedo en este contexto y después la ansiedad estarán altamente modulados por un sentido de pérdida. La mujer siente que algo se ha roto, que una parte en su interior se ha perdido. Además el impacto global de la realidad traumática percibido a través de una evaluación sesgada por la desorientación derivada de la circunstancia de que el agresor es la pareja afectiva de la víctima, desencadenará emociones principalmente negativas una vez la agresión ha finalizado y la mujer es dejada a solas.

El resultado más probable es que la víctima entre en un angustioso estado de ansiedad de curso progresivo. Tanto la incapacidad de la víctima de actuar eficazmente para modificar su entorno, como la acumulación de afecto negativo, y sobre todo la consolidación del sentimiento de pérdida favorece el avance hacia un posterior cuadro depresivo. (Gómez, 2001)

Los escasos modelos teóricos se han concentrado en los elementos más salientes del trauma que convierten a la víctima en una receptor pasivo de la violencia, dejando de profundizar en la cadena de procesos psicológicos implicados, obteniendo al final un dibujo sesgado del fenómeno. La urgencia por encontrar medios paliativos ante el sufrimiento de las mujeres maltratadas ha influido en las circunstancias de prestar atenciones a las señales más evidentes sin preguntarse a que respondían determinados síntomas. A pesar de la prevalencia del silencio en las víctimas en la mayoría de casos de violencia doméstica, los terapeutas han identificado una serie de desórdenes clínicos asociados a esta clase de maltrato. (Campbell, 2002)

Estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En respuesta a este peligro potencial, algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad, que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico (Lorente, Lorente, Martinez, & Villanueva, 2010)

Cada vez se hace más patente que casi todas las enfermedades tienen al menos algún componente emocional. Es responsabilidad del personal de salud saber hacer diagnósticos que vayan a las causas de los problemas y que descarten la posibilidad de la violencia como la raíz del padecimiento. Se debe comprender que la violencia doméstica es la causa de muchos padecimientos físicos y psicológicos, sin negar la posibilidad de que existan otros factores. Si no se indagan las verdaderas causas, la mujer seguirá siendo maltratada y el personal de salud la seguirá atendiendo tradicionalmente, intentando “curarla” una y otra vez. (Fawcett, Venguer, Miranda, & Fernandez, 2008)

Relación médico- paciente, la medicalización del malestar de las mujeres.

Piedra angular de la práctica médica, la relación Médico - Paciente es la capacidad, habilidad y arte del médico para la interacción y establecer el diálogo con su paciente, para obtener la información y la exploración física, el consentimiento del que depende en gran parte el éxito terapéutico, la relación médico - paciente es la forma específica de asistencia y ayuda con características de motivación y técnicas Interhumanas, ya que el paciente es un ser humano que espera que el médico se ocupe del hombre en su totalidad, son relaciones interpersonales, importantes para la práctica médica e imprescindibles en la formación integral del médico. (Arévalo, 2011)

La relación médico - paciente puede ser la comunicación verbal y no verbal, pero demostrar empatía de parte del médico, la capacidad y conocimiento de ponerse en el lugar del otro, la habilidad, el valor, la actitud y el arte de sintonizarse con sus vivencias. La relación Médico - paciente desde el punto de vista técnico, es un contrato de asistencia técnica entre un experto que ofrece servicios con el usuario y sus familiares, naciendo comportamientos de derechos y deberes actitudes e interacciones entre médico y paciente de acuerdo a la enfermedad, aguda o crónica, física o psíquica con mayor o menor participación y colaboración del paciente, habrá diferentes tipos y grados de participación del médico, así como del paciente. (Arévalo, 2011)

En nuestra cultura la atención especializada la hace el personal de salud, en particular el médico. Este depósito de expectativas y sentimientos, denominada «transferencia». Existe en todo tipo de relación interpersonal, pero se vuelve mucho más evidente en las situaciones que ocurren entre los que tienen una necesidad y aquellos que pueden satisfacerla, como sucede en la medicina. Este mecanismo universal es el que en realidad permite la atención médica, el

tratamiento de la persona enferma. Es el que los hace creíbles y confiables: desde que se cumpla con la más simple receta hasta que se acepte poner el propio cuerpo en las manos médicas para una cirugía.

En síntesis, toda persona que se hace cargo de una tarea humana donde contacta con otro ser humano se hace cargo simultáneamente, quiéralo o no, de las expectativas que el otro pone sobre él. Es imposible escapar a la transferencia del paciente. Por otra parte la práctica de la atención médica se realiza separando al «enfermo» de la «enfermedad». Se jerarquiza la acción físico natural y las herramientas técnicas. Los aspectos emocionales que hemos visto quedan usualmente librados a la intuición, a la buena voluntad, al modo de pensar del médico, del personal de salud: cada uno tiene su estilo personal para enfrentar esta situación. (Spandau, 2013)

Si son excesivas dichas defensas se observa, por ejemplo, la «frialidad», la así llamada deshumanización en la atención médica. Por otro lado, si por alguna razón estas defensas no funcionan bien, puede haber una identificación total con los aspectos emocionales e irracionales del paciente: es decir, ponerse en su lugar y sufrir con él. Ninguna de estas situaciones extremas permite una acción médica eficaz. La identificación empática sería la más adecuada, es transitoria, pero sin duda difícil de definir y de alcanzar. Con esto cabe señalar que la acción biomédica (físico-natural-técnica) siempre se encuentra impregnada de los aspectos pasionales-emotivos que están presentes y subyacen a la vocación de ayudar y reparar. (Spandau, 2013)

Existe una clara tendencia a una visión mecanicista, fragmentada y biologuita por parte del personal de salud, sobre todo del personal médico, que no permite una atención integral y humanizada de las pacientes y, mucho menos, desde la perspectiva del derecho a la salud. (Sagot, Caserdo, & OPS/OMS, 2000)

Medicalizar es aplicar medicamentos o hacer intervenciones médicas innecesarias o excesivas. Es intervenir médica o farmacológicamente en la vida de las personas sin justificación. Otra forma de medicalizar consiste en reducir la multicausalidad de los síntomas que presenta una persona a uno sólo para tratarlo farmacológicamente. Esto se da actualmente, por ejemplo, en el abordaje del dolor y el malestar de las mujeres. (López, 2009)

Alfredo Espinoza (2013) en su estudio menciona a Barsky(1998) y otros los cuales acuñaron el término "paradoja de la salud"¹ para la situación a la que se ha asistido, especialmente en países desarrollados, de que mientras alcanzan logros indiscutibles en múltiples macro indicadores de la salud de la población, se utilizan cada vez más los servicios de "salud" y se "aplica la ciencia y la técnica", se expresan, al mismo tiempo, gran cantidad de insatisfacciones en las personas, relacionadas con su salud percibida y su bienestar. Estas quejas se han achacado, entre otras causas, a la creciente "medicalización" de la sociedad contemporánea y al deterioro de la relación médico-paciente, con abandono o mal uso del método clínico y grandes expectativas insatisfechas de las personas con los resultados de la práctica clínica y la salud pública actuales.

La medicalización, es decir, el hecho de que la existencia, la conducta, el comportamiento, el cuerpo humano, se incorporaran a partir del siglo XVIII en una red de medicalización cada vez más densa y amplia, que cuanto más funciona menos se escapa a la medicina. La investigación médica, cada vez más penetrante y minuciosa, y la ampliación de las instituciones de salud también merecen ser estudiadas. La medicina moderna, en la medida en que está vinculada a una economía capitalista, es una medicina individual o individualista que conoce únicamente la relación de mercado del médico con el enfermo e ignora la dimensión global. La medicina moderna es una medicina social cuyo fundamento es una cierta tecnología del cuerpo social; la medicina

es una práctica social, y solo uno de sus aspectos es individualista y valoriza las relaciones entre el médico y el paciente. (Salas & Lozano, 2011)

Los diagnósticos médicos, la detección y registro de la violencia hacia la mujer.

Si el punto de partida para el diseño de toda política de salud es la realización de diagnósticos y la investigación-construcción-definición de los problemas a abordar, para ello, se deberá contar con información pertinente y actualizada y con adecuados sistemas de registro. En tal sentido, la OMS viene elaborando diversos sistemas para contar con criterios clínicos uniformes respecto de las causas de defunción, y para mejorar los sistemas de comunicación entre los profesionales de la salud. Para ello se ha elaborado una Clasificación Internacional de Enfermedades, cuya última versión es conocida como CIE -10.

Según plantea Almeida Filho, N. (1992; 43)

“El objetivo final de los estudios epidemiológicos es determinar indicadores de ocurrencia de enfermedades lo más reales posibles. Sin embargo, se observan en estos estudios problemas de tipo metodológicos, relacionados con el proceso de obtención de información que pueden constituirse en fuentes de error: el entrevistado o informante, el entrevistador y el instrumento de recolección de los datos. Con el fin de cumplir con el objetivo arriba mencionado, la epidemiología con el aporte de diversas disciplinas, desarrollaron una serie de conceptos asociados como factores de riesgo y factores protectores.”

En este caso, un diagnóstico debe cumplir con los requisitos básicos de ser completo, dinámico, permitiendo además de la identificación de los hechos concretos de violencia, dar cuenta de los procesos de victimización. Para ello, la

identificación e inclusión de estos factores en su diseño como en sus resultados es de vital importancia, porque la gravedad de cada caso depende de la particular combinación entre factores de riesgo y factores protectores.

Existe una distinción teórica entre factores y marcadores de riesgo. Los primeros son el insumo vital para cualquier política de prevención primaria tendiente a evitar que se produzca el daño en la salud, mientras que los marcadores de riesgo, también llamados en el tema de la violencia indicadores de abuso, hacen referencia al daño ya producido, instalado. En este caso, la identificación de determinados grupos poblacionales sería la clave para la implementación de estrategias de prevención secundaria.

En todos los casos son los profesionales los que tienen la responsabilidad (y deberían tener el compromiso ético) de contar con el conocimiento, las habilidades e instrumentos que permitan la detección precoz. Ello implica la identificación lo más pronto posible, de todos aquellos casos de mujeres que en el ámbito de competencia del profesional (en el área de influencia, disciplina e Institucional), son víctimas de violencia o se encuentran en riesgo de sufrir alguna forma de maltrato. Los elementos a tener en cuenta en la detección en el marco de una consulta médica son los indicadores de abuso y los indicios.

Por todo lo expuesto, es claro que la detección es la condición previa, necesaria e imprescindible para iniciar un proceso de intervención, dado que constituye el elemento central para permitir la notificación, información y derivación a los servicios correspondientes. Y a su vez el adecuado registro. Entonces, ¿qué sucede cuando el profesional no cuenta con el saber especializado? ¿De qué herramientas se vale para la detección? ¿Con qué reemplaza la teoría de la que carece? ¿Qué papel juegan el sentido común y los prejuicios cuando no hay conceptos desde los cuáles? (Travi, 2006)

En su estudio Mainetti 2008, menciona a Tucídides el cual aplica el método hipocrático al análisis de los hechos sociales, utilizando los conceptos de enfermedad, contagio y la distinción entre síntoma y causa, los términos diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Pero además da en la clave de la metáfora con su referencia a la "*cosa humana*" como experiencia fenomenológica y hermenéutica paradigmática en la medicina. Sobre este modelo médico-político, tan difundido en la moderna investigación social, llamó con brillantez a la atención crítica un ensayo de G. K. Cherteston titulado "*El error clínico*", recogido en su libro "*Lo que está mal en el mundo*", que denuncia la falacia de las metáforas en el argumento científico, cuyo prototipo es "el hábito de describir exhaustivamente una enfermedad social y luego proponerle la correspondiente droga" (Mainetti, 2006)

Este hecho puede estar reflejando, tanto los énfasis de las mujeres de admitir las causas de sus lesiones, como la falta de voluntad de algunos profesionales de la salud por indagar más. Así, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (2009) señala que los profesionales de la salud raramente indagan acerca de síntomas de violencia o preguntan a las mujeres acerca de si han sufrido algún tipo de abuso, incluso aunque la mayoría de mujeres sean favorables a las entrevistas rutinarias acerca de la violencia doméstica por parte de los médicos.

A pesar de la frecuencia con que los profesionales de la salud "*ven*" casos de violencia doméstica, en algunas ocasiones ignoran o minimizan los abusos, no creen a la víctima o, simplemente, se inhiben. El personal médico, en numerosas ocasiones, tiende a centrarse únicamente en las lesiones o daños, ignorando el proceso y las circunstancias del incidente que las provoca. Pero además, aunque resulte evidente que el origen de las lesiones o daños sean debidos a los malos tratos, una gran mayoría de mujeres continúan sin ser identificadas como tales por los profesionales de la salud. (Gracia & Lila, 2008)

Entre las razones por las que médicos y otros profesionales de la salud no preguntan con regularidad acerca de los malos tratos, se mencionan el encontrarse saturados o abrumados, el olvido, tener miedo de abrir la *"caja de Pandora"*, sentirse incómodos preguntando, o no saber qué hacer con la información que la mujer pueda revelar. Otras razones apuntadas son la falta de educación y conocimientos acerca de la violencia doméstica y las importantes amenazas que conlleva tanto para la salud física como mental. Además, esa inhibición también puede estar relacionada con creencias tales como *"la violencia doméstica es un asunto privado"*, o *"la violencia doméstica es un problema que no pertenece al ámbito de la salud"*. (Gracia & Lila, 2008)

A pesar de todo lo anterior, los servicios de urgencias, así como consultas y clínicas privadas, se encuentran entre los lugares más importantes y también menos reconocidos para iniciar una intervención. En este sentido, una mayor concienciación y formación de los profesionales de la salud, así como dominar las técnicas de entrevista y protocolos de identificación facilitaría el que médicos y otro personal sanitario pudiera prestar ayuda a la mujer maltratada. (Gracia & Lila, 2008)

Medicalización de la violencia doméstica y sus efectos en la salud de la mujer.

La consulta médica es un ámbito privilegiado para detectar la violencia contra la mujer, en la medida en que las mujeres concurren por diversas razones: control en salud, control de patologías o a partir de síntomas emocionales o físicos secundarios a las agresiones. Sin embargo la consulta médica constituye una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento meramente paliativo de los síntomas, omitiendo un abordaje integral que considere las raíces socioculturales de la situación, cuyo abordaje es la única forma definitiva para solucionar esta violación de derechos

humanos. Más aún, el tratamiento sintomático que mantiene el problema de fondo, tiene un efecto iatropatogénico ya que permite que continúe la vulneración de derechos de la mujer.

En los últimos años ha aumentado de manera exponencial el consumo de antidepresivos y ansiolíticos. Desde las profesiones médicas se suele interpretar esto como una mejora en las capacidades de detección y diagnóstico de casos de depresión, ansiedad y trastornos afines. Sin embargo, un análisis social de este fenómeno, son las causas principales:

- a) el uso de la persuasión por parte de la industria farmacéutica
- b) las nuevas imágenes de la modernidad incorporadas por los consumidores que generan un nuevo sentido común donde las personas tienen el imperativo de ser felices aunque deban comprar la felicidad encapsulada
- c) la naturalización de las adversidades que lleva a los médicos a concentrarse únicamente en el tratamiento sintomático de las mismas. (Cueto, 2013)

La reconversión de los sistemas de salud ha llevado a descentralizar el tratamiento de los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión entre los problemas asistidos por la red de atención primaria, es difícil que no se diagnostique que con depresión o ansiedad, a una mujer víctima de violencia de pareja, aunque la causa no sea biológica y su tratamiento biológico a través del suministro de medicamentos mantenga la verdadera causa. Lo más probable en este caso será que la dolencia emocional no mejore y se mantenga la re victimización de la mujer por parte de su pareja. (Salas & Lozano, 2011)

Interdisciplinariedad de la atención de la violencia doméstica

Las mujeres víctimas de violencia de género suelen estar aisladas socialmente, sin embargo, prácticamente la totalidad, aunque sólo una minoría denuncie los abusos acuden a los centros de salud, por ser, generalmente, el único lugar donde su pareja le deja acudir libremente. Los profesionales sanitarios constituyen un grupo fundamentalmente privilegiado, no sólo en la atención, sino en la prevención, detección precoz e identificación de la violencia doméstica. Por ello, los servicios de salud juegan un papel importante en el afrontamiento de la violencia. (Cueto, 2013)

Los integrantes del equipo deben enfocar la tarea en forma interdisciplinaria significa hablar todos el mismo lenguaje, conocer las competencias de los otros profesionales, definir el rol de cada uno y apoyarse en el logro de los objetivos comunes. Además es menester evaluar de forma permanente el trabajo efectuado por los distintos profesionales intervinientes, para hacer efectivo el accionar conjunto, potenciando el logro de un abordaje óptimo, así como el acceso a las mejores alternativas para cada situación. El vínculo profesional ha de ser muy cálido cercano, para poder contener la emotividad y transmitirles apoyo y confianza, pero con la firmeza suficiente como para confrontarlas progresivamente con la realidad y prepararlas para el duro camino que han de recorrer, antes de lograr la autonomía posible. (Díaz & Flores, 2009)

Una vez que se ha obtenido información sobre la realidad de los malos tratos contra las mujeres, surge la necesidad de sistematizar el conocimiento adquirido sobre base de la búsqueda de la interdisciplinariedad en la aplicación práctica de los resultados a la atención prestada a estas mujeres. Para la intervención, y sobre la base de los datos de los estudios realizados, se diferencian dos grupos de mujeres: aquellas que manifiestan abiertamente su

situación y constituyen casos agudos de violencia en las que los procedimientos de atención se centran en la consecución de la seguridad de la víctima; el otro grupo corresponde a mujeres que ocultan total o parcialmente los malos tratos de larga duración y la acción profesional se centra en el uso de Técnicas de comunicación eficaz y en la adecuación y respeto al proceso psicológico por el que atraviesa la mujer. (Muñoz, 2012)

Al hablar de la intervención en situaciones de violencia, se deberá saber que es un proceso, en el que la mujer pasa por diferentes momentos, y es importante acompañarle durante todos ellos. La mujer acude al centro de salud, con diferentes demandas; en muchos casos están somatizando la situación que están viviendo. Es importante que el profesional sanitario aprenda a identificarlas, ya que su actuación variará en función del momento de cambio de la mujer. Estas fases o etapas, pueden ser más o menos largas, dependiendo de muchos factores, los antecedentes de la mujer, su ritmo personal que difiere mucho de una persona a otra, los apoyos familiares y sociales, los recursos personales.

También es muy importante el posicionamiento de los y las profesionales que le están tratando; se puede colaborar y favorecer el mantenimiento de la situación o se puede, colaborar para que reflexione y favorecer el cambio; si resolvemos los síntomas sin considerar las causas, quizás estamos cronificando situaciones. (De ahí la necesidad de formación a los profesionales, reflexionando sobre sus propias actitudes, creencias y valores). Conviene recordar la distinción entre demanda y necesidad. La persona demanda lo que sabe que la institución puede dar, y esto puede o no coincidir con la necesidad.

El/la profesional debe intentar traducir que necesidades se ocultan tras la demanda expresa. En el trabajo que se realiza en la intervención

interdisciplinaria, los profesionales actúan como facilitadores del cambio, recurriendo a los recursos que posee, al poder y a las posibilidades de las mujeres con las que se interviene. La derivación a otros profesionales es una actuación habitual en el manejo integral de la violencia contra la mujer, pero no se puede olvidar que se puede hacer una derivación correctamente, o mandar a una persona a la deriva. Es importante tener claro el motivo de la derivación:

Cuando se remite a otro profesional, se debe tener presente que se deriva a la persona con toda su vida e historia. Puede que sea la primera persona con quien ha hablado de su problema. Para el personal de salud, puede ser una mujer más, diferente a la anterior, pero para la usuaria puedes ser la única persona-profesional, que conoce esta situación, puede que sea la primera vez que se ha decidido a hablar de ella de sus emociones, sentimientos, inseguridades, miedos y el deber es proteger y cuidar a la mujer, y en muchas ocasiones eso se hace con la escucha y el “*estar con*”. (Millan, 2012)

A veces es necesario hablar con el/la profesional a quien se deriva, (previo consentimiento de ella), o hacerle un informe de la situación, no es solo dar una dirección, un número de teléfono y en el mejor de los casos facilitarle la cita. Es necesaria la coordinación entre los profesionales, (algo que no siempre se hace); desde una sola institución o profesional no se puede dar respuesta a las múltiples necesidades que en cada momento presenta la mujer que sufre violencia; por ello es necesaria casi siempre la intervención de otros profesionales.

En algunas vemos intervenciones múltiples con estas familias, desde los colegios, desde servicios sociales, desde atención primaria, desde salud mental, en los centros de mujer, la policía, el juzgado, sin ningún contacto entre los profesionales. Es importante que el trabajo interdisciplinar, no se reduzca a

profesionales con diferente formación, sino que se amplíe a otros servicios e instituciones. (Millan, 2012)

Interinstitucionalidad de la atención a la violencia doméstica

El modelo integral de la atención de la violencia doméstica tiene como ejes centrales la perspectiva de género y el trabajo multidisciplinar. Se parte de la base de que la violencia en contra las mujeres es un problema complejo que toca varias disciplinas (Psicología, Derecho, Trabajo Social, Medicina, Sociología, Antropología, etc.) que no puede resolverse desde sólo una de ellas si se quiere atender esta complejidad.

Los profesionales que atienden mujeres víctimas de violencia doméstica, necesitan manejarse con un marco teórico homogéneo y compartido por todos los integrantes. Este marco referencial implica el conocimiento de los alcances, aportes y limitaciones de cada área en particular, así como el planteamiento y replanteamiento del bagaje personal teórico y subjetivo en lo que respecta a mitos, estereotipos, valores, creencias, prejuicios, estrategias a seguir etc. de cada uno en particular. Los integrantes del equipo deben enfocar la tarea en forma interdisciplinar. Significa hablar todo el mismo lenguaje, conocer las competencias de los otros profesionales, definir el rol de cada uno y apoyarse en el logro de los objetivos comunes. (Muñoz, 2012)

A este respecto Domen (1994) dice:

“La consolidación del equipo requiere la creación de espacios de reflexión permanentes, tanto en relación con el tema de la mujer maltratada, como con el rol técnico-profesional no tradicional, con apertura a la participación e intervención en distintas instituciones y en la comunidad, atinentes a cada caso. Además es necesario evaluar de forma permanente el trabajo efectuado por los distintos profesionales intervinientes, para hacer efectivo el

accionar conjunto, potenciando el logro de un abordaje óptimo, así como el acceso a las mejores alternativas para cada situación”. (Díaz & Flores, 2009)

Intersectorialidad de la atención a la violencia doméstica.

La Secretaría de Salud se caracteriza por asumir varias funciones y roles en detrimento de la conducción sectorial que es su principal función. Por esta razón, la rectoría la ejerce en forma débil, errática y sin generar los consensos necesarios para apoyar las políticas, estamentos legales, planes y acciones prioritarias estratégicas en salud, lo que a su vez conduce, tanto a una débil y limitada coordinación, armonización y alineamiento de la cooperación externa, como un escaso desarrollo en el trabajo intersectorial para integrar los esfuerzos de los diferentes actores relacionados con la salud que deben participar en el cumplimiento de las metas. (Observatorio de la Violencia Honduras, 2015)

Una de las lecciones más importantes que tienen los proveedores de los servicios de salud al abordar en su práctica cotidiana la violencia doméstica es que ninguna profesión o grupo puede eliminar la violencia trabajando por su cuenta. Si bien se requieren políticas, leyes y programas nacionales con el fin de crear un ambiente propicio para el cambio, la verdadera labore de prevención de la violencia doméstica se lleva a cabo con la intervención de la Intersectorialidad. Se requiere la estrecha coordinación con otros líderes, instituciones gubernamentales y ONG. (Velzeboer & Ellsberg, 2003)

El artículo 21 de la Ley contra La Violencia Doméstica en Honduras, se refiere a que, El Plan Nacional deberá contener medidas educativas de investigación, de atención integral a las agredidas; médico, psicológico, legal y social; de sensibilización y capacitación a Jueces, Juezas, Policías, funcionarios y empleados de las diferentes instituciones públicas o privadas que estén

involucradas en la prevención, sanción y protección de las mujeres que sufren violencia doméstica (Poder Judicial Honduras, 1997)

El problema de la violencia intrafamiliar contra las mujeres es de tal complejidad que su solución requiere de políticas y acciones coordinadas estratégica e intersectorialmente con la participación tanto del Estado como de la sociedad civil. En este contexto son de fundamental importancia los sectores salud, normativo (judicial legal-policial), educativo y no gubernamental. Cada uno de ellos tiene un papel crucial que jugar en la detección, registro, atención y prevención de la violencia intrafamiliar y en garantizar los derechos de las afectadas.

Sin embargo, en términos reales, la ideología que existe en torno al problema de la violencia intrafamiliar contra las mujeres hace que las respuestas de estos sectores como prestatarios de servicios sean inadecuadas e insuficientes en la mayoría de los casos. (Sagot, Caserdo, & OPS/OMS, 2000)

Sistemas de información en los sistemas de salud de Honduras.

Releyendo los antecedentes de los sistemas de información en el país, en 1992 Se realiza una primera revisión de instrumentos de información con miras a simplificar la recolección y procesamiento de los datos.

Durante el periodo 1993-1998 dio inicio el apoyo técnico de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) para el desarrollo de un Sistema de Información de Estadística y Vigilancia de la Salud el cual se fortaleció durante el programa de reconstrucción post MITCH con fondos del Gobierno de Estados Unidos. Con el apoyo de la USAID, se inicia el desarrollo del Sistema de Información Gerencial Administrativo Financiero (SIGAF) y el Sistema de

Información Estadística (SIE); Se formula el nuevo Sistema de Información en Salud (SIS) y se proponen los ajustes a los instrumentos para la Vigilancia Epidemiológica.

A partir del año 2000 se inicia el desarrollo del Sistema Integrado de Información en Salud (SIIS). Especialmente en los componentes de estadística (SIE) y Gerencial-Administrativo-Financiero (SIGAF).

Honduras no cuenta con un sistema nacional de información en salud dado que los datos que generan las distintas instituciones se reúnen siguiendo distintos criterios. El Plan Nacional de Salud 2010-2014 (PNS 2010-2014) plantea la creación del sistema de información en salud para la integración de datos que permitan dar seguimiento a las condiciones y servicios de salud, y alimentar los procesos de planeación y evaluación. La información que maneja la Secretaria de Salud proviene del registro rutinario de datos en las unidades de salud y no fue sino hasta el año 2000 cuando se implantó la tecnología informática para un tratamiento estadístico adecuado.

La Secretaria de Salud requiere en forma urgente contar con un sistema de información centralizado que le permita obtener información precisa y detallada. Los diferentes sistemas, subsistemas y aplicaciones individuales no están en condiciones de integrarse y generar información oportuna. Los datos registrados y almacenados no cuentan con un proceso que asegure su calidad y confiabilidad. Cada una de los sistemas o aplicaciones ha sido desarrollada con la finalidad de resolver o controlar situaciones específicas, sin capacidad de integración, en diferentes plataformas y deficiencias notorias en su documentación. (Bermudez, Saenz, Mousier, & Acosta, 2011)

IV HIPÓTESIS

A. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

La violencia doméstica en mujeres que asisten a la consulta del Establecimiento de Salud Monterrey está siendo enmascarada en patologías de salud mental, tales como la ansiedad y depresión; provocando su invisibilidad e impidiendo una atención integral por parte del médico tratante.

B. HIPÓTESIS NULA

La violencia doméstica en mujeres que asisten a la consulta del Establecimiento de Salud Monterrey no está siendo enmascarada en patologías de salud mental, tales como la ansiedad y depresión.

V METODOLOGÍA

A. DISEÑO METODOLÓGICO

El estudio tiene un enfoque Bietápico, Mixto, En la primera etapa se realizó el enfoque cuantitativo, y en la segunda etapa del estudio se realizó el enfoque cualitativo. Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de la investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos. (Sampieri, Collado, & Bautista, 2010)

De igual manera es un estudio descriptivo transversal, Este tipo de estudios también pueden ser denominados como estudios transversales porque todos ellos son estudios observacionales, en los cuales no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se observa lo que ocurre con el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad. (Garcia S. J., 2014)

El estudio se realizó en El Establecimiento de Salud Monterrey de la Ciudad de Comayagüela, Distrito Central, dicho establecimiento de salud fue fundado en 1985 y se encuentra ubicado en la Colonia Monterrey, cuenta con 30 colonias como área geográfica de influencia.

El universo estuvo conformado por 204 mujeres entre 18 a 50 años de edad, que asisten al Establecimiento de Salud Monterrey, con diagnóstico de ansiedad, depresión o ambos diagnósticos en los meses de enero, junio y diciembre 2014, la razón por la cual se escogieron los meses antes mencionados fue porque cada 6 meses el personal de archivo coloca una nueva Hoja de tamizaje de violencia doméstica en los expedientes de mujeres que acuden al Establecimiento de Salud a atención médica.

Para seleccionar la muestra del enfoque cuantitativo, es decir las mujeres con diagnósticos de ansiedad, depresión o ambos que asistieron a consulta médica se procedió a buscar datos de consultas médicas de mujeres con las características antes mencionadas en el Informe diario de salud mental (SM 3) de los meses de enero, junio y diciembre del 2014. El total de mujeres afectadas por las patologías de salud mental en el periodo mencionado fue de 204. Al obtener el universo de la población se procedió aplicar la formula N para obtener la muestra.

Z²: 1.96

p: 0.5

q: 0.5

e²: 0.05

N: mujeres

$$n = \frac{Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 96}{(0.05^2 \times 95) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.25 \times 96}{(0.0025 \times 95) + (3.8416 \times 0.25)}$$

$$n = \frac{92.1984}{0.2375 + 0.9604}$$

$$n = \frac{99.8816}{1.1979}$$

n=	82
----	----

Al contar con la muestra de mujeres para el estudio y el expediente de estas contenido en el SM3, Informe de salud mental se procedió a revisar el formulario ATA (Registro de Atenciones Ambulatorias) para obtener el nombre de la mujer afectada, de esta manera al contar con el expediente clínico y el nombre de la mujer para estudio se procedió a solicitar el expediente clínico o carpeta familiar en el departamento de archivo.

La técnica utilizada para la etapa cuantitativa fue la lista de chequeo, el instrumento utilizado fue el expediente clínico de la mujer bajo estudio. La lista de chequeo estaba compuesta por 2 páginas, fué estructurada con 26 ítems o preguntas abiertas y cerradas con la respectiva opción para respuesta única sobre datos generales de la mujer y preguntas, por medio de las cuales se busca en el expediente y Hoja de tamizaje de violencia doméstica la consignación de datos sobre violencia su manejo y/o seguimiento.

Se realizó prueba de pilotaje de la lista de chequeo en el expediente clínico y la hoja de tamizaje de violencia doméstica. Los criterios para la selección del instrumento fueron:

A) Expedientes clínicos con diagnóstico de ansiedad y depresión.

B Registro de manejo y/o tratamiento, referencia oportuna de los casos de violencia doméstica en sus diferentes formas a otro profesional de salud o institución.

C Visualizar en el expediente la captación de los casos de violencia doméstica en sus diferentes formas por parte del personal médico tratante del Establecimiento de Salud.

Los criterios de exclusión:

A) No se tomó en cuenta las hojas de tamizaje de violencia doméstica positivas, es decir con casos de violencia doméstica detectados por el personal médico.

B) No se tomó en cuenta las mujeres con crisis de ansiedad y/ depresión ya que no responderían correctamente las preguntas de la hoja de tamizaje de violencia doméstica.

C) No se tomó en cuenta las mujeres con problemas de ansiedad relacionada a problemas hormonales, es decir adolescentes con síndrome premenstrual o mujeres en etapa pre o post menopaúsica.

Posteriormente se aplicó el instrumento ,la lista de chequeo a los 82 expedientes clínicos de las mujeres bajo estudio, que asistieron al establecimiento de Salud Monterrey en el cual se analizó el contenido de la Hoja de atención del adulto (HC4) y la Hoja de tamizaje de violencia doméstica, al obtener la información se procedió a localizar vía celular a las mujeres para la aplicación de hoja de tamizaje de violencia doméstica, la cual ya está estandarizada, y se utiliza actualmente en los establecimientos de salud de la Secretaria de Salud Pública de Honduras al mismo tiempo se consultó sobre la posibilidad de participar en un grupo focal. Para la muestra de los dos grupos focales se dispuso invitar de 9 a 12 mujeres por grupo.

La Hoja de Atención del Adulto (HC4) es un formato estandarizado a todos los establecimientos de salud de primer nivel de la Secretaria de Salud de Honduras, la cual consta de un apartado inicial para obtener información general así como aspectos gineco obstétricos de la mujer, consta de una hoja en tamaño carta en la cual se pueden consignar 2 consultas. En la aparta de las

atenciones solicita la fecha de consulta, la edad actual, el peso en Libras, talla, así como los signos vitales (presión arterial, temperatura y pulso)

La hoja de tamizaje de violencia doméstica esta estandarizada a nivel nacional en todos los Establecimientos de Salud de I Nivel de la Secretaria de Salud. Dicha hoja está conformada por un apartado en el cual se solicita información del Establecimiento de Salud y de la mujer a tamizar, otro apartado donde realiza preguntas cerradas para saber si la mujer está recibiendo violencia doméstica y hace cuánto tiempo ocurrió el evento. Al final la persona que atendió deberá firmar la hoja.

El enfoque cualitativo se desarrolló por medio de la técnica de grupo focal, la técnica de grupo focal es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Es una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. (Hamui & Varela, 2013)

El instrumento es una guía semi-estructurada la cual consta de Introducción, 10 preguntas abiertas en las cuales se interroga sobre conocimientos de ansiedad y depresión, violencia doméstica así como sus diferentes formas, y en la parte final de la guía se encuentra el cierre del grupo focal. Luego de realizar las modificaciones según la validación a La guía se mi estructurada se procedió a realizar los grupos focales, 1 de ellos con mujeres de 18 a 35 años y otro grupo con mujeres de 36 a 50 años, en cada grupo participaron entre 9 y 10 mujeres con el criterio de inclusión de estudio que correspondía a mujeres que asistieron al Establecimiento de Salud Monterrey con diagnóstico de ansiedad, depresión o ambos respectivamente.

La técnica se desarrolló en dos grupos diferentes de edad (18 a 35 y 36 a 50 años de edad) para lograr relatos, el sentir y pensar de las mujeres de acuerdo a la experiencia de vida y así con ello evitar que las jóvenes se cohíban de participar activamente ante la presencia de mujeres adultas.

Los grupos focales se realizaron en el centro comunal de la Colonia Monterrey ambos grupos en 2 días sábado, se determinó ese día con el objetivo de lograr la participación de las convocadas y no interrumpir sus actividades diarias en el hogar. Se realizó grabación de las narraciones de ambos grupos focales, procurando la participación activa de todas las mujeres participantes, luego se realizó transcripción de la grabación consignando los datos en Microsoft Word, posteriormente se realizó triangulación de datos en lo cual se utiliza diferentes fuentes y métodos de recolección (Sampieri, Collado, & Bautista, 2010) haciendo análisis exhaustivo de expresiones verbales y no verbales de las participantes.

Para realizar el plan de análisis del enfoque cuantitativo se elaboró una matriz de recolección de datos en el Programa SPSS 18, consignando los datos obtenidos de la Historia clínica del adulto (HC4) por medio de la aplicación de la lista de chequeo y de las hojas de tamizaje de violencia doméstica encontradas en el expediente clínico. El análisis de la información se obtuvo de la estadística descriptiva como frecuencias y medidas de tendencia central (Media) para la medición se utilizó Chi Cuadrado, los resultados se presentan en gráficos de barra así como tablas de frecuencia con cruce de variables.

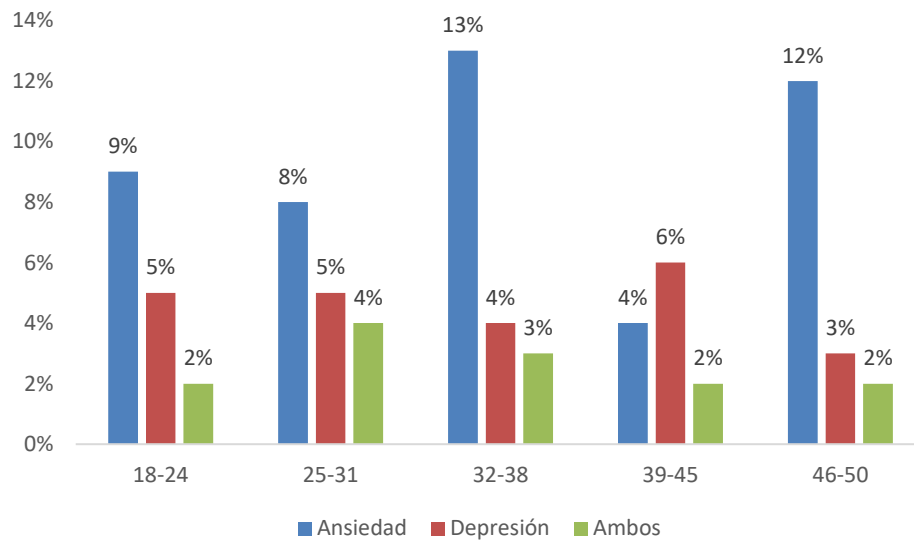
VI RESULTADOS

A. RESULTADOS CUANTITATIVOS

Datos Socio demográficos

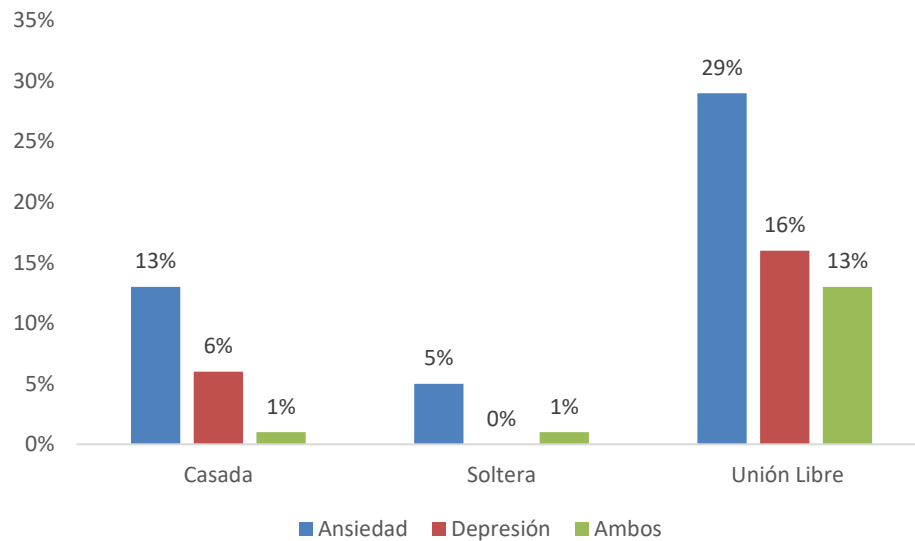
Gráfico No. 1

Casos de ansiedad y depresión según grupos de edad.
Establecimiento de Salud Monterrey, 2014



Se observa que la ansiedad es la patología de salud mental con mayor prevalencia en las mujeres bajo estudio en todos los rangos de edad, presentando mayor incidencia entre los rangos 46-50 años (71%). Es importante señalar la presencia de ambos diagnósticos ansiedad y depresión, con mayor incidencia entre los 25-31 años de edad.

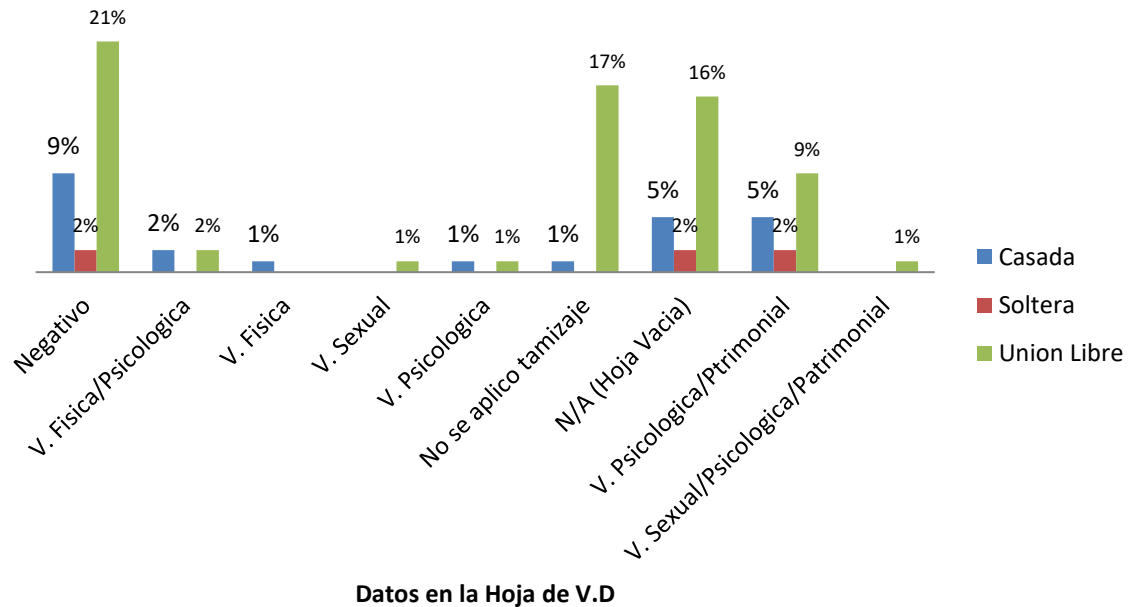
Gráfico No. 2
Estado Civil y diagnóstico de consulta, mujeres entre 18 a 50 años.
Establecimiento de Salud Monterrey, 2014.



Con respecto al gráfico 2 se observa que la ansiedad es el diagnóstico con mayor incidencia en los diferentes tipos de estado civil , se observa que en la mujer en estado civil unión libre se presentan prevalencia de las 3 patologías bajo estudio ,ansiedad 35% (29) depresión 19% (16) y ambos 13% (11)

Gráfico No. 3

.Forma de violencia doméstica consignada en la hoja de tamizaje según estado civil de las mujeres bajo estudio. Establecimiento de Salud Monterrey, 2014.



Con respecto a los datos encontrados en la hoja de tamizaje de violencia doméstica se observa que en el estado civil unión libre se presenta mayor problema de invisibilización de las formas de violencia doméstica al observarse que a un 17% (14) no se les aplico hoja y un 16% (13) tenían la hoja sin consignar datos.

Cuadro No. 1

Formas de violencia doméstica en hoja de tamizaje y expediente clínico de las mujeres según rangos de edad. Establecimiento de Salud Monterrey. 2014.

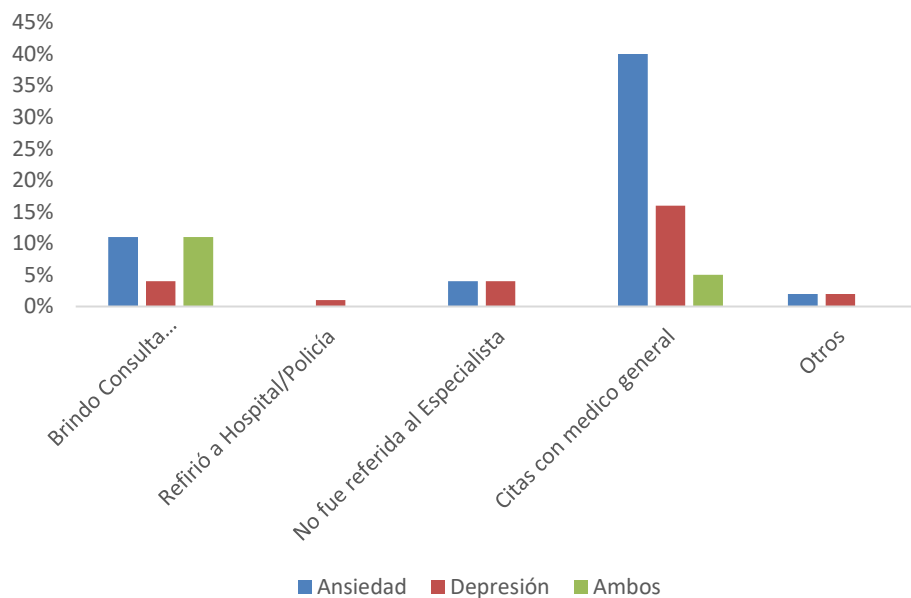
Formas de violencia doméstica en hoja de tamizaje	Grupos de edad				
	18-24	25-31	32-38	39-45	46-50
Negativo	19%	35%	31%	4%	12%
V. Física/Psicológica	25%	0%	25%	0%	50%
V. Física	0%	0%	100%	0%	0%
V. Sexual	100%	0%	0%	0%	0%
V. Psicológica	50%	0%	0%	0%	50%
No se aplicó tamizaje de Violencia	27%	20%	7%	7%	40%
N/A	11%	11%	26%	32%	21%
V. Psicológica/Patrimonial	15%	15%	31%	31%	8%
V. Sexual/Psicológica/Patrimonial	0%	100%	0%	0%	0%
Total	20%	21%	24%	15%	21%

Fuente : Hoja de Tamizaje de violencia domestica (SESAL 2014)

Con respecto a los datos del cuadro No. 1 se observa que la violencia física y violencia psicológica son las dos formas de violencia doméstica por los que más acuden las mujeres representando 50% de los casos consignados en el expediente clínico y la hoja de tamizaje de violencia doméstica.

Gráfico No. 4

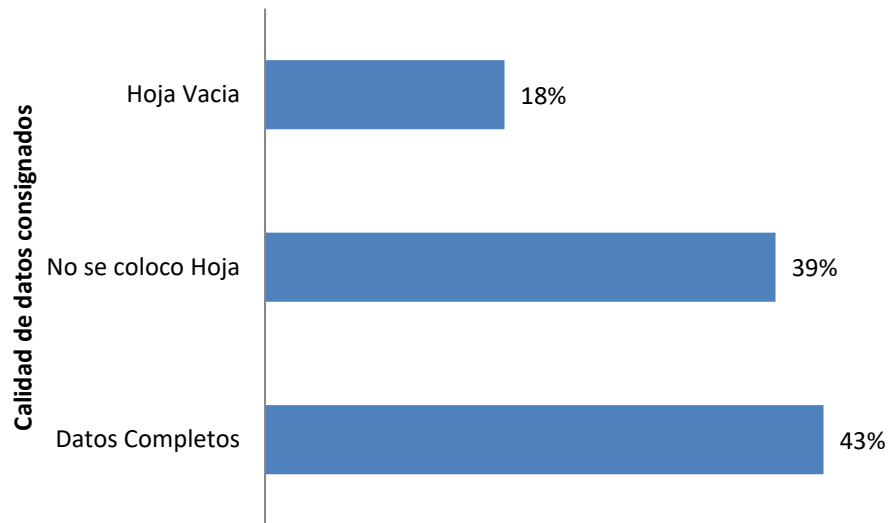
Atención médica brindada por tipo de diagnóstico en mujeres de 18 a 50 años de edad. Establecimiento de Salud Monterrey, 2014.



Se observa que 40% (33) casos de ansiedad fueron atendidas por médico general y menos del 5% de las atenciones fueron referidas al especialista. De igual manera se observa que el 9% de los casos de Ansiedad y Ambos diagnósticos solamente se les brindo consulta médica.

Gráfico No. 5

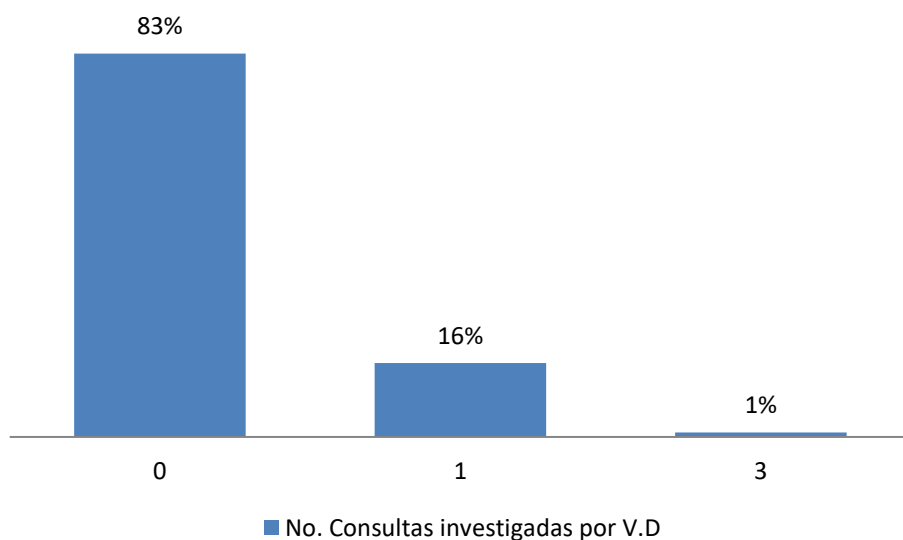
Calidad de datos consignados en la hoja de tamizaje de violencia doméstica.
Establecimiento de Salud Monterrey, 2014.



Con respecto a la gráfico No. 6 se observa que de los 82 expedientes revisados en mujeres con diagnóstico de ansiedad y depresión resultó que el 18% (15) tenían vacía la hoja de tamizaje y el 39 % (32) de los expedientes a los cuales no se les colocó hoja de tamizaje. El 43% (35) de los expedientes se encontró datos completos.

Gráfico No. 6

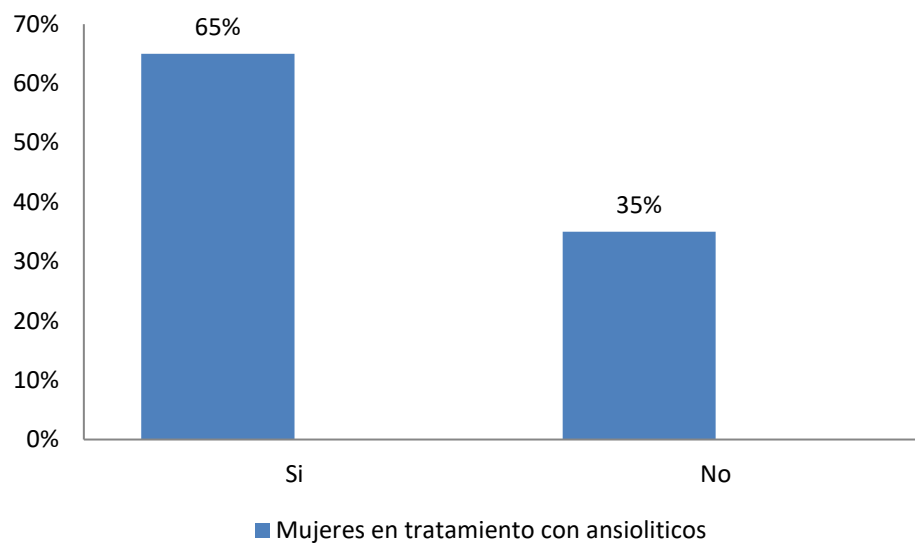
Ocasiones en las que se preguntó por violencia doméstica durante la atención médica. Establecimiento de Salud Monterrey 2014.



En la gráfico No. 7 se observa que de las 82 atenciones médicas por patologías de salud mental bajo estudio (ansiedad, depresión, ambos) el 83% (68) no se preguntó a la mujer si ha sido víctima de violencia doméstica.

Gráfico No 7

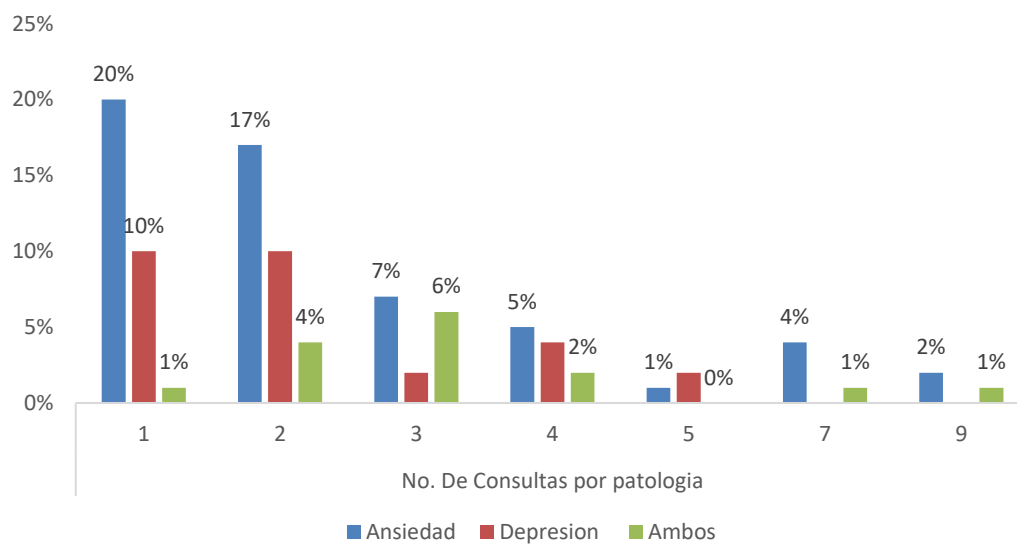
Mujeres con ansiedad, depresión o ambos en tratamiento con ansiolíticos.
Establecimiento de Salud Monterrey, 2014



Con respecto al gráfico No. 8 se observa que el 65% (53) de las mujeres bajo estudio están siendo medicalizadas por las patologías de salud mental antes mencionadas.

Gráfico No. 8

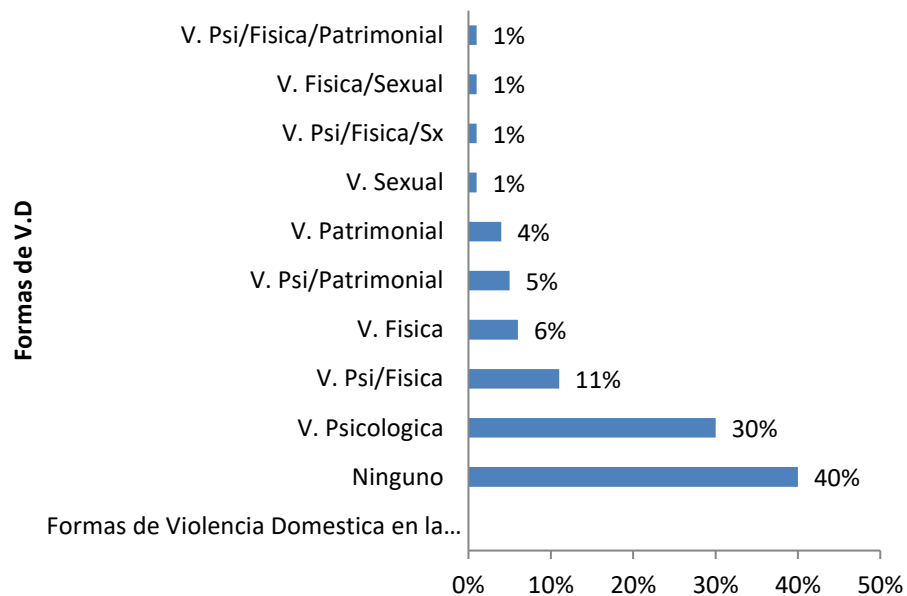
Consultas médicas según el número de atenciones por ansiedad, depresión o ambas. Establecimiento de Salud Monterrey 2014.



En el gráfico No. 9 se observa que asistieron por 1 sola consulta médica con diagnóstico de ansiedad el 20% (16) mujeres bajo estudio, al mismo tiempo se observa que asistieron durante 9 consultas con diagnóstico de ansiedad 2% (2) mujeres

Gráfico No. 9

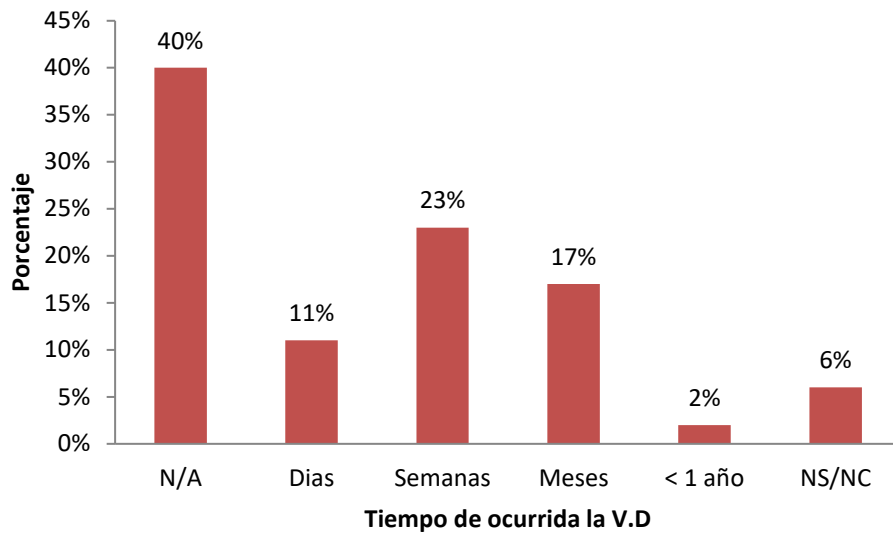
Casos de forma de violencia doméstica detectados posterior a la aplicación de la hoja de tamizaje. Establecimiento de Salud Monterrey 2014.



En el gráfico No. 10 se observa que según el resultado de la aplicación de la hoja de tamizaje de violencia doméstica el 30% (24) de las mujeres bajo estudio refirieron haber sufrido de violencia psicológica, de igual manera se observa que la violencia psicológica está presente aun con una o más formas de violencia.

Gráfico No. 10

Respuestas de las mujeres bajo estudio sobre el tiempo en que ocurrió el episodio de violencia doméstica. Establecimiento de Salud Monterrey 2014.



Con respecto al tiempo de ocurrida el episodio de violencia doméstica se observa en el gráfico No. 11 que el 40% (33) no se preguntó sobre episodio de haber sufrido algún tipo de violencia pese a la historia de consultas a repetición por ansiedad, depresión o ambas. El 6% (5) refirieron haber sufrido alguna forma de violencia doméstica pero no contestaron el tiempo de ocurrido el problema.

Cuadro No. 2

Relación entre las variables, Casos de ansiedad, depresión o ambas con los casos de violencia doméstica en sus diferentes formas.

Casos de Violencia Doméstica		
Diagnosticos	SI	NO
Ansiedad	0.334	0.938
Depresión	0.831	2.442
Ambos	0	0.001
Total	1.165	3.381

4.546

Al relacionar las variables por medio del Chi Cuadrado de los diagnósticos ansiedad, depresión o ambos con la categoría de si se encontró relación con el hecho de sufrir violencia doméstica (análisis bivariado) se observó un 4.546 lo cual indica que la relación entre las variables es significativa.

B. RESULTADOS CUALITATIVOS

Se realizó la técnica del grupo focal en las mujeres entre 18 a 50 años de edad que asistieron al Establecimiento de Salud Monterrey con diagnósticos de ansiedad, depresión o ambos. Con el objetivo de identificar en la relación médico-paciente los factores que provocan la invisibilidad de la violencia doméstica.

El instrumento utilizado fue una guía semi estructurada con preguntas abiertas. Fueron invitadas más de 15 mujeres para participar en el estudio pero se observó cómo incluso algunas presentes comentaron como tuvieron que decirles a sus parejas, esposos, novios etc. que asistían a una charla sobre citología vaginal para evitar problemas en el hogar.

Se realizó dos grupos focales logrando la participación activa de las mujeres convocadas pese a que al inicio hubo silencios los cuales se tuvo que abordar para que hubiese participación y respuesta a las preguntas realizadas por la entrevistadora.

Se comenzó con preguntas generales sobre conocimiento o idea de lo que es la violencia doméstica se observó que algunas mujeres tienen cierto conocimiento, otras mujeres expresaban las formas de violencia domestica al preguntarles sobre el concepto o idea general que tuviesen sobre esta.

1.1 Conocimientos sobre violencia doméstica

Con respecto a la idea o concepto de la violencia doméstica algunas mujeres mencionaron...” *Se da dentro del hogar, en los matrimonios, ya sea física, psicológica...es un daño permanente en la familia en los hijos...*” “...Con palabras, los golpes, hacer sentir mal con palabras, insultos...” “...Lleva a la

depresión cuando le dicen a uno que no sirve para nada...”“....Solo ocurre en la pareja por la situación económica. Por el libertinaje del hombre que lo deja a una sola en la casa y después llega bolo a insultarme...”“....La violencia surge con tíos, hermanos con los primos, hay de diferente clase. También sucede fuera del hogar, privación a las personas, violación en la pareja...” (Mujeres de grupo 1 y 2)

1.2 Conocimiento sobre violencia intrafamiliar

Al respecto algunas mujeres mencionaron...” eso es cuando todos los de la familia quieren tratarlo mal”...” cuando se Insultan a los ancianos, se golpea a los niños”... (Mujeres de grupo1, y 2)

Otras mujeres mencionaron “violencia, pleitos con el marido de uno... ” Problemas en el matrimonio...de parejas...cuando ya no se entienden...” (Mujeres de grupo1,y 2)

1.3 Atención médica

Se observó la necesidad que tiene las mujeres de expresar la violencia domestica de la cual son víctimas, por ejemplo refirieron que....”el médico que atiende debería preguntar rutinariamente en cada consulta, y no solamente preguntar por preguntar es darle a uno la confianza y demostrar que les interesa como persona y no solamente ver la enfermedad por la que se vamos a consulta” (mujer grupo 2)

...” Ni me volteó a ver, desde que entré a consulta estuvo más pendiente del celular, solo me dió acetaminofén...yo estaba nerviosa por lo que había pasado en la casa con mi marido, estaba desorientada, nerviosa...me puse a llorar las

enfermeras solo me quedaban viendo, salí peor de como llegué.”
(Mujer grupo 1)

1.4 Forma de violencia doméstica

Se logró observar que la gran mayoría de mujeres ha presentado patologías de salud mental como producto de la violencia que sufren, siendo la ansiedad la que más visitas al Establecimiento de Salud generó. Relatos tales como...” Yo me pongo mal, nerviosa...cuando el empieza a insultarme...por todo me grita...no me queda de otra...agachar la cabeza peor es que me pegue otra vez”
(mujer grupo 1)

1.5 Manifestación de la ansiedad y/o depresión en la mujer

Con respecto a la depresión las mujeres relataron ...” Me decía que si el me deja ...nadie va a fijar en mi...que soy estúpida y no sirvo para nada...yo siento que ...que tal vez él tiene razón y yo pues...ni debería de existir...”
(Mujer grupo 1)

Con respecto a la ansiedad las mujeres relataron...” Yo me ponía nerviosa si algún vecino me hablaba en la calle y yo iba con él... los insultos y amenazas me estresaban al punto de ponerme a llorar...cuando el empezaba a insultarme me ponía ansiosa de solo pensar que me golpearía otra vez...” (Mujer grupo 2)

1.6 Opiniones sobre la atención médica a la mujer con respecto a la relación ansiedad, depresión y violencia doméstica.

.....” deberían de dar charlas de violencia doméstica en el centro de salud...”
(Mujer grupo 1)

...“que nos den charlas... Cuando vamos al consultorio por lo menos que me miren, que me hagan caso cuando hablo..., ..A veces quisiera que me escucharan. Quiero decir alguien como psicólogo que me aconseje. Peor cuando estoy nerviosa después de tener pleitos en la casa... (Mujer grupo 2)

VII ANÁLISIS DE RESULTADOS

A. CUANTITATIVOS

A continuación se dará a conocer el análisis de resultados obtenidos del enfoque cuantitativo del estudio.

El problema de violencia doméstica en la mujer que asiste a consulta al Establecimiento de Salud Monterrey está siendo enmascarado en patologías de salud mental tales como la ansiedad, depresión e incluso ambos diagnósticos. Iguales datos se observaron en un estudio en España donde se encontró que los síntomas somáticos aparecen como motivo de consulta de los pacientes que acuden a la atención primaria. Suponen también una fuente importante de consultas y consumo de recursos de salud, y muchas veces "enmascaran" la violencia que sufren con la depresión. (Barasua, Irene, Echeburua, & De Corral, 2006)

Los resultados de la investigación demuestran la hipótesis planteada en el estudio, las mujeres que son víctimas de violencia doméstica y que asisten a consulta médica no reciben atención integral, no son investigadas por el motivo real de la consulta lo que contribuye a que el problema de violencia doméstica continúe siendo invisibilizado en patologías de salud mental. Diagnósticos de salud mental como ansiedad, depresión o ambas fueron encontrados en la mayoría de las mujeres en edad fértil dentro del estudio lo cual no estaba relacionado con problemas de tipo hormonal. En una investigación realizada en Colombia en 2014 por Carolina Ochoa, Andrés Felipe Cruz y Norman Darío Moreno mencionan el estudio sobre la realidad actual de las mujeres (OMS, 2009) donde se evidencia la situación de vulnerabilidad que ocupan.

El suicidio se establece como una importante causa de muerte en mujeres entre los 20 y 49 años de edad; factores como la falta de acceso a la educación, y la

violencia de que son víctimas, son factores influyentes en la aparición de trastornos mentales, la depresión en mayor medida. Es por ello la importancia de que las mujeres que asistan a los establecimientos de salud en demanda de atención médica reciban atención integral y de calidad en los servicios de salud, para no encubrir problemas reales de su vida diaria con patologías o síntomas somáticos que oculten la verdadera razón de sus visitas a repetición por problemas de ansiedad, depresión o ambas patologías.

Estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En el estudio se encontró que la ansiedad afecta a la mayoría de las mujeres mayores de 32 años, por lo cual se presume que se debe al temor de ser agredidas en cualquier momento, Lorente Martínez (2010) menciona en su trabajo que la respuesta a un peligro potencial, hace que algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad, que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico. Se observa como las mujeres que sufren violencia doméstica viven atemorizadas al saber de que serán nuevamente víctimas de alguna o varias formas de violencia, al presentarse dichos episodios en mujeres en edad reproductiva provoca serios problemas que disminuye su calidad de vida.

La depresión como diagnóstico de salud mental en su mayoría se presentó en mujeres con más de 39 años de edad. Es por tal razón que se debe investigar las causas que determinan para que la mujer demande atención médica a repetición por patologías de salud mental tales como la depresión, descartando aquellos casos que son de índole hormonal y que por estar asociados con la edad repercutan en el estado emocional de la mujer. Castillo y Arankwosky 2008, refieren que sería conveniente investigar, aquellas mujeres que acuden a solicitar atención médica por trastorno depresivo, la existencia de antecedentes

de violencia doméstica, para que puedan ser canalizadas a las dependencias que brindan apoyo especializado.

Los problemas de salud mental, La ansiedad ,depresión e incluso ambas patologías se presentaron en un mismo diagnóstico en todos los grupos de edad de las mujeres bajo estudio que asistieron a consulta médica. Es de esta manera que se evidencia que existen patologías de salud mental que afectan a algunas mujeres en edad fértil que asisten al establecimiento de salud pero que no pasa de ser una atención médica biológica al no indagar sobre los determinantes sociales que den a conocer la razón real por la cual demande atención por las patologías antes mencionadas. En estudio realizado en 2007 por Hernández, Sánchez, Carreño y Espíndola mencionan que el análisis respecto a morbilidad se ha basado en las lesiones que son objeto de demanda en los servicios de salud, desconociéndose la magnitud real del problema.

Las mujeres en relación de pareja unión libre presentaron mayor número de casos de ansiedad, depresión y ambos como diagnóstico clínico. En un estudio realizado en España por Castillo y Arankowsky en 2008 refirieron que en un alto porcentaje de los casos, el perpetrador del maltrato fue la pareja de la víctima, razón por la cual la condición de estar casada o en algún tipo de unión también se asoció con la depresión y ansiedad. Las mujeres en unión libre al no mantener una relación estable viven en una situación de incertidumbre lo cual les genera ansiedad al no contar con derechos en la relación de pareja.

Iguals datos presento en su estudio Moreno ,2012 en el cual enfatiza en la relación de vida en pareja y la posibilidad de maltratos a la mujer al observar que cuando se estudiaron los distintos estados civiles, comparando el vínculo matrimonial con el de las uniones libres, comprobaron que la probabilidad de propinar malos tratos era mayor en estas últimas. Esta diferencia se atribuyó al mayor compromiso que supone la unión formal y los esfuerzos por mantenerla.

En las mujeres bajo estudio que contaban con estado civil soltera no se presento casos de depresion como diagnostico clinico , pero se presentaron casos de ansiedad y ambas patologias es decir ansiedad y depresion estas en un solo diagnostico clinico. Se demuestra la importancia de investigar a toda ujer que asiste a consulta medic por patologias de saud mental independientemente de su estado civil , es decir este casada o no, ya que la violencia doméstica puede ser infringida no solo por un esposo, puede ser infringida po un novio, ex novio , ex esposo etc. Moreno (2012) en su estudio menciona que la violencia de pareja no solo se extiende a las parejas casadas o en convivencia, sino a las parejas de novios o de otra índole en donde existe una relación afectiva y sexual. Iguales datos presentan en su estudio O'Leary y Smith Slep (2003), con muestras de adolescentes y adultos jóvenes varones y mujeres que habían mantenido una relación de noviazgo durante un mínimo de tres meses, encontraron que la agresión psicológica predecía la agresión física así como con desordenes del estado de ánimo, disociativos y de ansiedad. (Rey, 2012)

Las mujeres bajo estudio en unión libre presentaron mayor número de casos de violencia psicológica acompañada de la violencia patrimonial en un mismo diagnóstico. Se observa como el hecho de que la mujer sostenga una relación en unión libre y no está casada como lo determina la ley constituye una determinante para la presencia de la violencia en muchos casos violencia psicológica al no contar con una base sólida y legalmente reconocida que le permita obtener los derechos que como esposa le confiere. De esta manera Rey 2012 confirma lo planteado refiriendo en su estudio que según datos de los estudios de prevalencia de violencia en mujeres no casadas, indican que la violencia psicológica es más frecuente.

Otro dato con respecto a las mujeres bajo estudio en unión libre que asistieron a consulta médica en el establecimiento de salud fue que presentaron mayor sub registro de casos de violencia doméstica. En muchas ocasiones se omite realizar la pregunta peor aún utilizar la hoja de tamizaje generando con ello más daño al prolongar el sufrimiento que vive la mujer en su vida diaria .Iguales datos se presentaron en un estudio realizado en Chile por Diane Almeras y Coral Calderón al mencionar que la información es mínima comparada con la incidencia de la violencia según , lo cual da cuenta de un importante sub registro que puede dar una visión parcial de la dimensión del problema en el país ,es necesario avanzar en la producción de información que permita conocer la dimensión real del problema, así como de datos sistematizados con los que poder trazar un recorrido de los casos de violencia que enfrentan las mujeres en distintos ámbitos de sus vidas, ya que lo que no se contabiliza no se nombra, y sobre aquello que no se nombra, no se actúa.

Dentro de la aplicación de los instrumentos para captar hechos de violencia doméstica, la hoja de tamizaje para violencia doméstica no estaba incluida en el expediente clínico de la mujer bajo estudio. Y es que cuando el personal de salud no está concientizado sobre el problema de salud pública que conlleva la violencia contra la mujer se omite desde colocar una hoja para tamizar los casos de violencia hasta solicitar la hoja en el expediente e inclusive indagar de forma diaria sobre episodios de violencia doméstica. Esta falta de conciencia amerita un proceso de educación permanente en el personal de salud lo cual es mencionado en el estudio de Jaramillo (2013) donde plantea la importancia de incluir programas de educación y entrenamiento en los aspectos relacionados con la violencia doméstica hacia las mujeres, los cuales deben ser reforzados periódicamente de manera que proporcione al personal de salud las herramientas necesarias para el desempeño de su trabajo.

Los expedientes clínicos de las mujeres con estado civil casado que acudieron a consulta médica por patología de salud mental, presentaban la hoja de tamizaje para violencia doméstica pero dicha hoja estaban vacíos sin consignar datos. De igual forma Zegarra 2013 refiere en su estudio sobre violencia doméstica que los sistemas de información institucionales y registros estatales y, en particular, del sector salud, tienen serios vacíos.

A pesar de que se han dado leyes contra la violencia doméstica y que las mismas establecen el rol que deben jugar las instituciones y los profesionales de salud, el porcentaje de detección de casos contra la mujer es reducido en comparación con la magnitud del problema, es por esta razón, la detección de las mujeres en situación de violencia doméstica debe considerarse en la rutina de todos los servicios que atienden en las diferentes fases de los ciclos de la vida de la mujer. La violencia doméstica es un problema de salud pública que debe ser considerada tanto como otras patologías, debe ser tomada en cuenta y de forma rutinaria la indagación y aplicación de la hoja de tamizaje para detectar y dar respuesta oportunamente a la mujeres víctimas de violencia doméstica.

Otro hecho importante, es que no se consignaron los datos de las diferentes formas de violencia doméstica encontrados en la hoja de tamizaje, de igualmente se observaron expedientes clínicos de las mujeres bajo estudio que no contenían la hoja para tamizar violencia doméstica. Cueto en su estudio realizada en España en 2013 refiere que la consulta médica es un ámbito privilegiado para detectar la violencia contra la mujer sin embargo la consulta médica constituye una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento meramente paliativo de los síntomas, omitiendo un abordaje integral que considere las raíces socioculturales de la situación, cuyo abordaje es la única forma definitiva para solucionar esta violación de derechos humanos.

Las mujeres con estado civil casado y las mujeres en unión libre presentaron mayor número de casos de violencia física acompañada de violencia psicológica, violencia física acompañada de violencia sexual, violencia psicológica acompañada de violencia sexual, y violencia psicológica acompañada de violencia patrimonial. Estudios realizados en México por Gustavo Olais, Rosalba Rojas y Rosario Valdez presentaron que algunas mujeres refirieron haber padecido más de alguna forma de violencia a lo largo de su vida. Al momento de indagar por violencia doméstica es importante tomar en cuenta que esta se puede presentar en más de una forma sin importar que el que comete el acto sea el esposo, ex esposo, ex novio etc.

Luego de conocer los casos de mujeres con diagnósticos de ansiedad y depresión se procedió a aplicar la hoja de tamizaje de violencia doméstica, es de esta manera que se obtuvo los resultados, lo cual demuestra la poca o nula importancia por parte del personal que atiende la consulta de indagar sobre la razón de las consultas a repetición por ansiedad y depresión. Igualmente en su estudio Ortiz 2012 refiere a pesar de que las mujeres víctimas de violencia doméstica son consultantes crónicos de los servicios de salud por problemas como dolor crónico, ansiedad, depresión entre otros estos son tratados medicamente y pasan inadvertida la causa que los genera, el tratamiento se basa en la atención de los síntomas.

Las mujeres bajo estudio jóvenes con más de 18 años y las mujeres con 46 años no se les aplicó en el expediente clínico la hoja de tamizaje para violencia doméstica al momento de asistir a consulta médica. La invisibilización de las diferentes formas de violencia doméstica se incrementa al observarse que no se está aplicando la hoja de tamizaje o de igual manera no está siendo consignada por parte del personal de salud que prepara el expediente clínico en el departamento de archivo, según la norma de violencia doméstica de Honduras

se debe aplicar la hoja de tamizaje a toda mujer en edad fértil que asista a consulta médica al Establecimiento de Salud y colocar una nueva hoja cada 6 meses.

Las mujeres bajo estudio con menos de 25 años presentaron mayor número de casos de violencia sexual por parte del cónyuge. Descartando los casos de aquellas mujeres que presentaron violación sexual provocada por un hombre que no era pareja sentimental. Según estudios realizados por Gustavo Olais, Rosalba Rojas y Rosario Valdez (2013) las preguntas sobre violencia doméstica deben ser hechas a todas las usuarias que llegan a estos servicios, sin importar la edad de las mismas, tengan o no síntomas o signos presentes.

María pazos, Alfredo Oliva y Ángel Hernández en su estudio citan a la investigación realizada por García-Díaz, Fernández-Feíto, Rodríguez-Díaz, López-González, Mosteiro, y Lana, 2013; Vizcarra, Poo, y Donoso, 2013 en el cual mencionan que los análisis en función de la edad revelaron una disminución de la agresión física y un aumento de la agresión sexual. Una posible explicación a este hecho está directamente relacionada con la dificultad que tienen las adolescentes y jóvenes para reconocer que son víctimas del maltrato. Se demuestra la importancia de indagar a las mujeres incluso en edades jóvenes que cuentan con relación de pareja en hogar o incluso en el noviazgo por episodios de violencia en sus diferentes formas.

Algunas mujeres con casos de violencia sexual no fueron referidas a especialista o equipo competente para que les realizara referencia y/o manejo adecuado del caso según Norma contra la Violencia Doméstica de Honduras. Según un estudio realizado en España por Arredondo 2012, El trabajo en equipo entre los diferentes profesionales de la salud es fundamental para la adecuada atención integral de las víctimas de violencia doméstica, por lo que

debe existir una persona o comisión, según la disponibilidad de personal de la unidad de salud, que coordine y dé seguimiento a las acciones de la institución en relación con la violencia contra la mujer. El manejo de casos de mujeres con violencia doméstica es un trabajo multidisciplinario donde los profesionales de la salud juegan un papel importante en la atención integral de la mujer víctima de violencia en cualquiera de sus formas, de igual manera se debe tomar en cuenta el manejo intersectorial en los casos de violencia doméstica que ameritan a otros profesionales en áreas que no corresponde al sector salud, la Intersectorialidad permite el trabajo en coordinación para un manejo integral de la violencia contra la mujer en este caso salud, grupos de mujeres, seguridad, educación por mencionar algunos.

A la mayoría de los casos de ansiedad, depresión o ambos diagnósticos encontrados en los expedientes clínicos de las mujeres bajo estudio fueron medicalizadas. Es decir solamente se les brindó tratamiento a los síntomas somáticos como medio paliativo, pero se omitió indagar sobre la verdadera razón por los problemas de salud mental por los que asisten en repetidas ocasiones al establecimiento de salud. Igualmente refiere Jaramillo 2013 en su estudio refiriendo que para poder identificar a la mujer maltratada es importante identificar como y donde ingresan al sistema de salud. En los servicios de salud mental se encuentran mujeres maltratadas que presentan intentos de suicidio ansiedad y depresión.

La violencia psicológica se observó en todos los grupos de edad de las mujeres bajo estudio, en algunos casos dicha forma de violencia estaba acompañada de violencia física, en otros casos acompañados de violencia patrimonial, de igual manera acompañada de la violencia sexual. En un estudio realizado por Luisa de Souza, Renata Carneiro y compañía (2013) se observó que los hallazgos mostraron mayor prevalencia de mujeres víctimas de dos o más tipos de

violencia, indicando que estos se sobreponen, difícilmente ocurren aisladamente. Otras investigaciones encontraron resultados similares, destacando el entrelazamiento de las agresiones física, sexual y psicológica, y advirtiendo que la superposición de diversos tipos de violencia parece estar asociada a mayor gravedad de los casos y a la búsqueda de servicios especializados. Se observa como las mujeres víctimas de violencia doméstica demandan atención por la violencia que sufren en sus diferentes formas, es por tal razón que toda mujer debe ser indagada cuando demande atención por quejas somáticas e incluso aquellas con historia de infecciones de transmisión sexual a repetición

La mayoría de las mujeres que asistieron a consulta médica con diagnóstico de ansiedad fueron atendidas por el médico general. Lamentablemente las mujeres fueron atendidas a repetición por patologías de salud mental sin indagar la razón real de sus visitas, solamente brindando una atención biologicista al entregar ansiolíticos, paliativos que invisibilizaron el problema real de violencia doméstica que la mujer estaba sufriendo en su vida diaria. Un informe de Sagot, Caserdo y la OPS/OMS en el 2000 se refieren a dicha atención medica como una clara tendencia a una visión mecanicista, fragmentada y biologicista por parte del personal de salud, sobre todo del personal médico, que no permite una atención integral y humanizada de las pacientes y, mucho menos, desde la perspectiva del derecho a la salud.

De igual manera las mujeres que asistieron a consulta con diagnóstico de depresión fueron atendidas por el médico general aun habiendo psiquiatra en servicio social en el periodo de tiempo de diagnóstico. De nuevo se observa como es violentado el derecho a la salud al no brindar una atención integral que de soluciones a los problemas de salud pública que día a día se presentan en los establecimientos de salud. Y es que el derecho a la salud incluye es este

casos para las mujeres obtener el más alto nivel de salud, recibiendo atención de calidad y con calidez. Hernández, Sanchez, Carreño y Espíndola en su estudio en 2007 refieren que el problema es que el papel de los servicios de salud se ha centrado, sobre todo, en la atención del daño físico, mientras que los aspectos relacionados con la salud mental (en la víctima y en el agresor) y la prevención de la violencia han quedado relegados.

Las mujeres que presentaron ambas patologías de salud mental en mismo diagnóstico de igual manera se les brindó atención por médico general. El problema no el tipo de profesional que las brindó atención y diagnóstico, el hecho es de que a pesar de las repetidas visitas por el mismo problema continuaron enmascarando la violencia que sufrían, no fueron referidas al especialista por ende dichas mujeres fueron medicalizadas, es decir solamente se brindó medicamento y cita médica por la patología de salud mental por la sin interrogar sobre el origen del problema. Igualess resultados se observaron en un estudio de Arredondo en 2012 en el cual menciona que uno de los problemas identificados en la atención brindada por parte del personal de salud a la mujer maltratada es el tratamiento basado en la atención de los síntomas, en muchas ocasiones se sobre agregan problemas con los tranquilizantes añadiendo des empoderamiento a la mujer.

El médico y/o personal de salud que realiza la atención no toma su tiempo para preguntar a la mujer si ha sido víctima o está sufriendo violencia doméstica en su vida diaria. Se demuestra de nuevo como la atención que se brinda a la mujer en algunos por no decir todos los establecimientos de salud pública es de manera biologicista y va enfocada a atender el daño solamente para calmar los síntomas que afectan a la mujer. Un estudio realizado en España en 2008 por Fawcet, Venguer, Miranda y Fernández confirma tal aseveración al mencionar que el verdadero valor de la atención reside en el impacto que tendrá en la

calidad de vida de las víctimas. Con unas cuantas preguntas de rutina, la empatía necesaria para dar apoyo momentáneo y los conocimientos para registrar y referir a la paciente a centros de apoyo a víctimas de violencia, el personal de salud estará asumiendo su papel de guardián y promotor de la salud y de la vida.

La violencia contra la mujer ha sido una demanda frecuente en la rutina de los servicios de salud, los cuales desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico, registro, notificación y tratamiento de los casos ,además de presentarse como locales propicios para hacer efectivas las estrategias necesarias frente a la problemática. El enfrentamiento de la violencia es complejo y está asociado a la falta de visibilidad del problema por las diferentes instancias, especialmente por los servicios de salud. (de Souza, y otros, 2013)

La mayoría de los casos de violencia psicológica se observaron en mujeres menores de 24 y mayores de 46 años de edad, Cabe mencionar que al momento de revisar los expedientes clínicos a dichos grupos de edad no se les aplico la hoja de tamizaje o estaba sin consignar datos. Se observa como es fundamental que la identificación de este tipo de manifestaciones de agresión psicológica se produzca de forma temprana a fin de que pueda detener la progresión que va de las formas más encubiertas del abuso psicológico hasta el maltrato físico. Y a pesar de esta realidad, cuando la mayoría de estudios analizan la violencia en las relaciones de pareja dirigen su atención al maltrato físico, mientras que otras formas de abuso, tales como el maltrato psicológico, apenas se investigan y es de esta, manera que la mayoría de las mujeres violentadas una vez reciben atención son dadas de alta sin ninguna intervención que prevenga futuros maltratos. (Jaramillo, 2013)

La referencia oportuna de las violencia doméstica para un manejo adecuado es fundamental para la vida y salud de la mujer víctima , y es que con respecto a esta actividad se observó que los pocos casos de violencia doméstica detectados por el personal de salud que atendió a la mujer en el Establecimiento de Salud Monterrey no fueron referidos de forma oportuna y adecuada tal como lo determina la Norma de Violencia Doméstica, hacia otros profesionales y /o instituciones competentes para atender el caso. Y por ende la mayoría de mujeres violentadas una vez reciben atención son dadas de alta sin ninguna intervención que prevenga futuros maltratos. El personal de salud falla en la obtención de una historia psicosocial que pregunte acerca del abuso o se preocupen por la seguridad de estas mujeres una vez que regresan al hogar. (Jaramillo, 2013)

Los casos de ansiedad, depresión o ambos encontrados como diagnostico en el expediente clínico de la mujer bajo estudio fueron medicalizadas, es decir se les entrego ansiolíticos al momento de la consulta médica. Salas y Lozano en 2011 mencionan en su estudio que es difícil que no se diagnostique que con depresión o ansiedad, a una mujer víctima de violencia de pareja, aunque la causa no sea biológica y su tratamiento biológico a través del suministro de medicamentos mantenga la verdadera causa. (Salas & Lozano, 2011).

Las mujeres medicalizadas pierden el empoderamiento para tomar decisiones en cuanto a su propia salud, desconocen que el medicamento que reciben no les hará reconocer la realidad en la que viven producto de la violencia,

Un hecho importante fue que el personal de salud que brinda atención no indaga a las mujeres con situación de depresión o ansiedad sobre la historia en ellas de experiencias de violencia en el hogar. Y es que a pesar de las constantes consultas y citas médicas por problemas de ansiedad y depresión no se investigó a la mujer por historia de sufrir violencia doméstica en sus

diferentes formas. El personal de salud se constituye en un elemento importante en la atención de las mujeres maltratadas. De esta manera identificar y reconocer a una mujer maltratada e incluir en forma rutinaria la pregunta acerca de que si es o no violentada es el mayor aporte que los profesionales de salud pueden hacer para cambiar este problema. Si el personal discute el problema de violencia doméstica igual como discute otro problema de salud aumentaría la posibilidad de detectar, intervenir y remitir adecuadamente a las mujeres a las instituciones o profesionales adecuados para tal fin. (Jaramillo, 2013)

De esta manera es como la violencia que sufre la mujer en su vida diaria es invisibilizada por parte del personal de salud , los cuales brindan una atención orientada al daño sin indagar la razón real de las constantes visitas al establecimiento de salud demandando atención por patologías de salud mental tales como la ansiedad , depresión o ambas.

El personal de salud que atiende la consulta en el establecimiento de Salud Monterrey detecto pocos casos de las diferentes formas de violencia doméstica en las mujeres que asistieron en el periodo bajo estudio, a pesar de ello no se llenó la hoja de tamizaje de violencia doméstica y consecuentemente no se realizó las acciones según la Norma. Cueto 2013 en su estudio refiere que la consulta médica es un ámbito privilegiado para detectar la violencia contra la mujer. Sin embargo la consulta médica constituye una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento meramente paliativo de los síntomas, omitiendo un abordaje integral que considere las raíces socioculturales de la situación. Se debe tener presente que la violencia doméstica es un problema de salud pública que conlleva severos daños a la salud de la mujer que la sufre, pero este problema continua siendo invisibilizado por parte del personal de salud, el cual no asume su responsabilidad en el tema.

La importancia del trabajo entre varios profesionales para el manejo de la violencia doméstica es indiscutible pero se observó que no hay trabajo multidisciplinario, ni coordinación interinstitucional para el manejo de los pocos casos de violencia doméstica tamizados a las mujeres que asistieron al Establecimiento de Salud Monterrey. Una investigación realizada en México 2014 reafirma la importancia del manejo multidisciplinario de la violencia doméstica al mencionar en el trabajo que se realiza en la intervención interdisciplinaria, los profesionales actúan como facilitadores del cambio, recurriendo a los recursos que posee, al poder y a las posibilidades de las mujeres con las que se interviene.

La derivación a otros profesionales es una actuación habitual en el manejo integral de la violencia contra la mujer, pero no se puede olvidar que se puede hacer una derivación correctamente, o mandar a una persona a la deriva. (Herrera, 2014) Es de esta manera que el trabajo de la violencia doméstica no solo debe ser intervenida por parte del sector salud en su primer nivel de atención, se requiere de coordinación multidisciplinaria e intersectorial que dé respuesta al problema.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

B. CUALITATIVOS

A continuación se dará a conocer el análisis de resultados obtenidos del enfoque cualitativo del estudio la cual se realizó por medio de la técnica de grupo focal. Considerando que este es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Es una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. (Hamui & Varela, 2013)

Referente a la relación médico-paciente, algunos de algunas de las mujeres participantes en el estudio mencionaron que el nivel de confianza es importante para que ellas puedan hablar lo que les sucede a cada una en su vida diaria, tal es el caso que algunas mencionaron *“... que como a uno lo atienden ya se siente con más libertad y ya después al ver como a uno lo reciben y lo atienden entonces ya uno empieza a soltarse y ha en tratar con confianza de que ,no mire que me pasa esto, esto y esto, y tal vez como dice usted, uno ya va sacando ya va sacando y si tiene un problemita, “fijese es que me paso esto y esto y esto, aja y ya uno... pero cuando a veces lo reciben tan arrogante ya ni ganas dan de decirle “ no mire que tengo esto” porque sabe que no lo van a revisar , entonces va a la atención de cómo a uno lo atiendan .*

.. Pero como le digo yo va a la atención de cómo a uno lo reciban dan ganas de hablar, de explicar mire me paso esto, esto y esto y dan ganas de comentarle de además, pero viene y lo reciben de mala gana no... Hasta los dolores se le quitan a uno cuando lo reciben de mala gana...” (Grupo No. 1) por este hecho Jaramillo menciona que es necesario crear un ambiente de confianza donde la mujer se sienta cómoda para discutir acerca del abuso y de sus sentimientos

alrededor de la situación, se debe dejar que la paciente describa en detalle el problema que la aqueja. (Jaramillo, 2013)

De igual manera como se menciona en el estudio de Salas y Lozano de 2011, La consulta médica es un ámbito privilegiado para detectar la violencia contra la mujer, en la medida en que las mujeres concurren por diversas razones: control en salud, control de patologías o a partir de síntomas emocionales o físicos secundarios a las agresiones. Sin embargo la consulta médica constituye una oportunidad perdida cuando el equipo de salud omite indagar las causas y realiza un tratamiento meramente paliativo de los síntomas, omitiendo un abordaje integral que considere las raíces socioculturales de la situación, cuyo abordaje es la única forma definitiva para solucionar esta violación de derechos humanos.

Con relación a la invisibilización de la violencia doméstica en la atención de las mujeres, algunas de ellas relataron que en ninguna oportunidad les preguntaron en la consulta sobre maltrato o un indicador de ser violentadas como mujeres, por ejemplo: *“...No...El doctor nunca me preguntó si sufría algún tipo de violencia en mi casa, y he ido varias veces y con diferentes de ellos (doctores) y nunca me han preguntado sobre violencia doméstica, nadie me ha preguntado. En otro de los casos mencionaron que “...a mi si me preguntaron, pero luego me dijo (el doctor) ¿pero no le duele nada? Y me dio la receta de las pastillas (ansiolíticos).*

El estudio realizado por Jaramillo en 2013 considera que preguntar acerca del abuso, por un lado, ayuda a que las mujeres sean escuchadas y, por lo tanto rompan el aislamiento al que se auto someten por otro lado da la oportunidad a las mujeres que aún no se sienten maltratadas y que no reconocen el abuso a que lo hagan. Dar oportunidad a las mujeres de hablar sobre el maltrato les

permite considerar el problema y reconocer los recursos disponibles de la institución.

Se pudo observar la necesidad que las mujeres sienten de expresar la situación que cada una de ellas tiene en su vida cotidiana *“...Es importante que los doctores pregunten porque habemos personas que vamos dañadas y no del cuerpo físicamente, más bien del corazón verdad y...se puede dar la ocasión pero el médico está a la carrera y así... yo no me decido a romper el silencio por eso yo creo que si es importantísimo eso de que ellos (los médicos) tengan pendiente eso de preguntar siempre de que cada paciente que llegue preguntar sobre la violencia...”* (Grupo 2)

Tal como lo menciona Jaramillo 2013 en su investigación, algunos estudios han demostrado que las mujeres se encuentran dispuestas a hablar del maltrato del que son víctimas siempre y cuando se les pregunte directamente. Por el contrario se ha encontrado que cuando no se les pregunta la mujer evade explicar la razón de sus síntomas o puede pensar que el agente de salud está muy ocupado o no le interesa a tratar el asunto.

En lo que respecta al conocimiento de las mujeres sobre violencia doméstica las mujeres mencionaron...

“.....Se da dentro del hogar, en los matrimonios, ya sea física, psicológica...es un daño permanente en la familia en los hijos...” “...Con palabras, los golpes, hacer sentir mal con palabras, insultos...” “...Lleva a la depresión cuando le dicen a uno que no sirve para nada...” “...Solo ocurre en la pareja por la situación económica. Por el libertinaje del hombre que lo deja a una sola en la casa y después llega bolo a insultarme...” “...La violencia surge con tíos, hermanos con los primos, hay de diferente clase. También sucede fuera del hogar, privación a las personas, violación en la pareja...” (Mujeres de grupo 1 y 2)

La perspectiva subjetiva de las mujeres entrevistadas acerca de las razones a las que obedece el maltrato del cual resultan víctimas es muy importante para entender el ámbito de justificación, desconocimiento y de atribución de responsabilidad de la violencia, como también el umbral de tolerancia vivenciado por las víctimas. (Agoff, Rajsbaum, & Herrera, 2006)

Con respecto a las formas de violencia doméstica que expresaron conocer las mujeres participantes del grupo focal, se logra determinar el escaso conocimiento sobre la violencia doméstica y sus diferentes formas lo cual atenúa el empoderamiento de estas para la toma de decisiones en pro de su salud y la de sus hijos al no reconocer que están siendo violentadas y todo ello por la falta de conocimiento sobre cómo identificar la violencia doméstica en sus diferentes formas, por lo general reconocen como violencia doméstica a la violencia física.

“...Cuando el hombre agrede a la mujer...” “...Los golpes, insultos, violaciones...”
“...Cuando el hombre quiere a fuerzas...” “.. Los porrazos en la cara que da...”

Con respecto a conocimiento sobre lo que es ansiedad y depresión algunas mujeres expresaron.

“...Es sentir que uno no vale nada, que no sirve para nada, soy un estorbo...nadie me quiere, más bien le haría un favor al mundo desapareciendo...” “....estar tranquila y saber que va a llegar mi marido me entra un ataque de ansiedad...de pánico porque no sé cómo va a venir ese hombre...” “...Aparte de los insultos... de los malos tratos uno solo piensa a veces en lo trágico pues... en la salida más fácil...muerto el perro se acabó la rabia...lo he pensado siempre...” (Suicidio). Se observa como las mujeres en sus propias palabras reconocen algunos signos de ansiedad y depresión, y como relacionan estas patologías con la violencia que reciben por parte de la

pareja. Algunas de estas mujeres se encontraron en la difícil situación al reconocer que han pensado en la posibilidad del suicidio al no soportar más la violencia que sufren. Según Nixon y Resick 2004, diversos estudios realizados tanto en hospitales como en población abierta han mostrado que la violencia ejercida por la pareja o esposo se encuentra asociada con intentos suicidas, estrés postraumático, ansiedad y depresión.

Al preguntar a las mujeres sobre lo que cambiarían en los servicios de salud para mejorar el problema de violencia doméstica, algunas de ellas refirieron...

...“que nos den charlas... Cuando vamos al consultorio por lo menos que me miren, que me hagan caso cuando hablo..., ..A veces quisiera que me escucharan. Quiero decir alguien como psicólogo que me aconseje. Peor cuando estoy nerviosa después de tener pleitos en la casa...

La ansiedad es la patología de salud mental por la cual la mayoría de mujeres se presentaron a consulta médica, de igual manera durante el grupo focal se logró observar como las mujeres en sus palabras expresaban la ansiedad como mayor problema que sufren producto de la violencia.

(Lorente, Lorente, Martinez, & Villanueva, 2010) Refieren que estudios clínicos han comprobado que las víctimas de malos tratos viven sabiendo que en cualquier momento se puede producir una nueva agresión. En respuesta a este peligro potencial, algunas de las mujeres desarrollan una extrema ansiedad que puede llegar hasta una verdadera situación de pánico.

VIII CONCLUSIONES

Las mujeres en edad fértil que asisten al establecimiento de salud Monterrey por consulta médica están siendo afectadas por las patologías de salud mental tales como ansiedad, depresión o ambas, la presencia de dichos diagnósticos fueron fuertes en la población de mujeres bajo estudio. Se logró observar como la gran mayoría de las mujeres presentó ansiedad

Los instrumentos para la atención médica y consignación de datos de violencia doméstica tales como el la historia clínica del adulto (HC4), y la hoja de tamizaje para violencia doméstica, utilizados por el personal de salud que brindó atención a la mujer bajo estudio, denotan escasa consignación de datos sobre episodios de las diferentes formas de violencia doméstica, sumado a ello la poca calidad del dato lo cual sub registra la violencia contra la mujer invisibilizando aún más el problema. Pese a ello se logró observar la presencia de violencia psicológica en la mayoría de las mujeres bajo estudio y violencia sexual en las mujeres jóvenes.

La opinión de la mayoría de las mujeres que participaron en el grupo focal demostró la necesidad de que el médico aborde el problema de la violencia doméstica desde una perspectiva de derecho a la salud creando un ambiente de confianza que les permita describir detalladamente el problema que sufre. Como ejemplo de ello es el relato de algunas mujeres, las cuales refirieron como el médico que les brindó la consulta preguntó sobre el malestar físico, el dolor por el cual asistieron a consulta denotando el modelo biologicista de atención.

El personal médico que labora en el establecimiento de Salud Monterrey desconoce o no maneja apropiadamente las Normas de Violencia Doméstica vigentes en todos los establecimientos de salud pública del país, desconociendo por ende el abordaje multidisciplinario e intersectorial de la violencia doméstica, lo cual invisibiliza el problema a nivel nacional. Se observó como el médico general atendió la mayoría de los casos de violencia quedando estos datos registrados solamente en la hoja de tamizaje. La mayoría de las mujeres con episodios de violencia doméstica no fueron referidos a otro profesional de salud de la misma institución tales como las trabajadoras sociales, psicólogos, psiquiatras, consejeras etc. ni a otras instituciones tales como fiscalía de la mujer, hospital organización de mujeres etc. que permitieran fortalecer el abordaje intersectorial de la violencia doméstica.

La debilidad en la coordinación multidisciplinaria para la atención tanto los problemas de salud mental así como de los casos de violencia doméstica genera invisibilización de la violencia que sufre la mujer ya que dichos casos quedan como un dato más sin ser intervenidos en busca de solución oportuna por lo tanto no se brinda una atención integral que impacte de forma positiva en la salud de la mujer víctima de maltrato.

IX RECOMENDACIONES

El personal de salud que brinda atención médica debe realizar diagnóstico diferencial en mujeres que asistan al establecimientos con patologías de salud mental; tales como ansiedad, depresión o ambos, para no enmascarar la violencia que sufre con las patologías antes mencionadas, utilizando para ello los instrumentos diseñados para tal fin, así como el abordaje multidisciplinario haciendo énfasis en indagar sobre episodios de violencia doméstica, teniendo presente que la violencia contra la mujer es un problema de derechos humanos y de salud pública de grandes magnitudes para la vida de la mujer.

La utilización de los instrumentos para consignación de datos de violencia doméstica tales como la historia clínica del adulto, la hoja de tamizaje y la ficha de violencia doméstica son indispensable para la visibilización de las diferentes formas de violencia contra la mujer, es por tal razón que el personal de salud de los diferentes departamentos y áreas debe conocer los instrumentos antes mencionados y así mejorar el llenado correcto y completo de los mismos.

El personal de salud que brinda atención médica debe aplicar la Norma de Violencia Doméstica que permita brindar una atención integral y de calidad basado en el derecho a la salud, indagar con regularidad sobre episodios de violencia a toda mujer en edad fértil que asista al Establecimiento de Salud es un deber de los prestadores de servicio de salud independientemente del motivo de consulta por el cual la mujer asista para evitar con ello la atención orientada biologicista orientada al daño.

Es indispensable el refrescamiento de la Norma de violencia doméstica así como los instrumentos utilizados para dicho fin hacia todo el personal de salud de primer nivel, es decir los establecimientos de salud, así como al personal de

nuevo ingreso de las diferentes disciplinas (personal de archivo, estadística, auxiliar de enfermería etc.), y carreras universitarias que brindan atención directa. (Médicos, Licenciadas en enfermería, psicólogos, Psiquiatras etc.)

El abordaje de la violencia doméstica requiere del trabajo multidisciplinario de los y las profesionales de salud de primer nivel, así como es decir caso. Coordinación intersectorial para aquellos casos en los cuales se presente alguna forma de violencia en la cual el establecimiento de salud de primer o segundo nivel, es decir establecimientos de salud y hospitales no puedan resolver ya que el caso no competente al sector salud.

X BIBLIOGRAFIA

A., A. (2012). *Profesionales de atencion primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer*. Madrid: Granada.

Agoff, C., Rajsbaum, A., & Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en Mexico. *Medigraphic* , 6.

Alemras, D., & Coral, C. (2012). *Si no se cuenta, no cuenta. Informacion sobre la violencia contra las mujeres*. Santiago de Chile: CEPAL.

Amor, P., & Echeburua, E. (2001). Maltrato fisico y Maltrato psicologico en mujeres victimas de violencia en el hogar:Un estudio comparativo. *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica.*, 167,177.

Atwood, M. (2015). *El femicidio es la mas alta expresion de violencia contra la mujer*. Tegucigalpa, Honduras: ENAG.

Barasua, B., Irene, Z., Echeburua, E., & De Corral, P. (7 de Diciembre de 2006).

Psicothema.com. Obtenido de Psicothema.com: www.psicothema.com

Bleichmar, D. (1999). La depresion en la mujer. 3.

Bott, S., Guedes, A., & Goodwin, M. (2013). *Informe sobre Violencia Contra la Mujer en America Latina y el Caribe*. Washington: OPS.

Campbell, J. (2002). Haealth consequences of intimate partner violence. *The Lancet* , 35.

Castillo, R.-M., & Arankwosky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para transtorno depresivo mayor en mujeres:Estudio de casos y controles. *Revista Biomed*, 133,135.

conexihon.info. (18 de Enero de 2013). *Honduras entre los paises con mayor indice de violencia contra la mujer*. Obtenido de conexihon.info: www.conexihon.info

Cubas, L. D. (2011). Genesis y evolucion de la violencia de genero. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, Pagina 13.

Cueto, M. (2013). *Protocolo de actuacion ante Violencia de Genero en el ambito domestico*. España: Daute Canarias .

- de Souza, L., Carneiro, R., Alvez, G., Soares, Ana, Leite, M., y otros. (2013). Factores asociados a la sobreposicion de tipos de violencia contra la mujer notificada en servicios centinela. *Revista Latinoamericana Enfermagem* , 6.
- Diaz, N., & Flores, R. (2009). *Modelos de atencion de la Violencia contra las mujeres* . Mexico: Cedoc.
- Echeburua, E., & Amor, P. (2001). Repercusiones psicopatologicas de la violencia domestica en la mujer en funcion de las circunstancias del maltrato. *Revista Interamericana de Psicologia clinica y de salud* . , 237.
- Fawcett, G., Venguer, T., Miranda, L., & Fernandez, F. (2008). *Los servicios de salud ante la violencia domestica*. Mexico: ¿IDEAME? .
- Garcia, M., Ruiz, M., & Salmeron, E. (2007). *Protocolo para la deteccion y atencion de la Violencia de Genero en Atencion Primaria*. Murcia: Murcia Publicaciones.
- Garcia, S. J. (2014). *Estudios Descriptivos*. Madrid: Nure Investigacion.
- Gomez, A. (2001). Sindrome de adaptacion paradójica a la violencia domestica:una propuesta teorica. *Clinica y Salud* , 4,6,11.
- Gracia, E., & Lila, M. (2008). Lo profesionales de la salud y la prevencion de la Violencia Domestica contra la mujer. *Revista Medica de Chile* , 24.
- Hamui, S., & Varela, R. (2013). *La Tecnica de Grupos Focales*. Mexico D.F: Elsevier.
- Herrera, C. (2014). *Invisible al ojo clinico: Violencia de pareja y politicas de salud en Mexico*. Mexico DF: FLACSO.
- Hernandez, M., Sanchez, C., Carreño, J., & Espindola, G. (2007). Guia clinica de intervencion en mujeres con violencia doméstica. 97.
- HolaHonduras.tv. (25 de Noviembre de 2011). www.holahonduras.tv. Obtenido de sitio web de portal multimedia de Honduras.
- Honduras, O. d. (Miercoles de Diciembre de 2015). Investigacion revela grave situacion de violencia contra las mujeres en Honduras ante un Estado sin respuestas. *La Prensa* , pág. 44.
- Huerta, R., Bulnes, M., & Ponce, C. (2014). *Depresion y ansiedad en mujeres en situasion de maltrato en la relacion de pareja segun tipo de convivencia ,en zonas urbano marginales de la ciudad de Lima*. Lima: Theorema.

INAM. (2006- 2010). *Plan Nacional contra la violencia hacia la mujer*. Tegucigalpa, Honduras: Guaymuras.

INE. (2013). *Encuesta Nacional de Demografia y Salud (ENDESA 2011-2012)*. Tegucigalpa, Honduras: IFC.

James, M., & D, K. (2008). The " Battering Syndrome" prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practice. *Ann Intern Med* , 123.

Jaramillo, D. (2013). *Rol del personal de salud en la atencion de las mujeres maltratadas*. Bogota: Investigacion y educacion en enfermeria.

Judicial, H. P. (15 de Noviembre de 1997). Ley Contra La Violencia Domestica. *Diario Oficial La Gaceta* , pág. 13.

Julia, G. S. (2014). *Estudios Descriptivos*. Madrid: Nure Investigacion.

Lorente, J., Lorente, M., Martinez, M., & Villanueva, E. (2010). Sindrome de agresion a la mujer: sindrome de maltrato a la mujer. 11.

Mainetti, J. A. (2006). La Medicalizacion de la vida. *Electroneurobiologia* , 8.

Medina, M., Borges, G., & Lara, C. (2005). *Prevalencia de suceso vitentos y de transtornos por estres postraumatico en la poblacion Mexicana*. . Mexico: Ministerio de Salud Publica.

Millan, R. (2012). Abordaje social en el tratamiento dela violencia contra la mujer en la atencion primaria . *Revista Clinica Electronica en Atencion Primaria* , 12.

Moreno, M. F. (2012). La violencia en pareja. *Panam Salud Publica* , 4.

Muñoz, F. (2012). La violencia de genero en la atencion primaria. *Epidemiologia y salud* , 26.

Nixon, R., & Resick, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. 315.

Nunez, M. (2014). *Interpretacion Patriarcal de la Biblia y violencia contra las mujeres*. España: Monet.

- Ochoa, G., Cruz, A., & Moreno, N. (2015). Depresion en la mujer: ¿ Expresion de la realidad actual? *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* , 115.
- Olaiz, G., Rico, B., & Del rio, A. (2003). *Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres*. Mexico: D.R. Instituto Nacional de Salud Publica.
- ONU. (2012). *Consecuencias y costos de la violencia hacia la mujer*. España: Copy right 2012.
- Ortiz, G. (2012). *Violencia contra las mujeres: el papel del sector salud en la legislacion internacional*. Mexico: Federal.
- Rey, A. C. (2012). *Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con el noviazgo: una revision de la literatura*. Bogota: ISSN.
- Sagot, M., Caserdo, A., & OPS/OMS. (2000). *La ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina. Estudio de caso en diez paises*. Washington: Zeta servicios graficos.
- Salas, F., & Lozano, F. (2011). Prevalencia de la medicalizacion de la violencia domestica y sus efectos iatrogenicos en un servicio de atencion primaria en Montevideo. *X Jornada de Investigacion de la Facultad de Ciencias Sociales*. (págs. 5,6,10). Montevideo: UDELA.
- Sampieri, H., Collado, F., & Bautista, L. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. D.F: Mc Graw Hill.
- SESAL. (2015). *Norma para la atencion de la Violencia Domestica en Honduras*. Tegucigalpa, Honduras: ENAG.
- Spandau, E. (2013). La Atencion de la patologia genital femenina ,Aspectos Psicologicos. *Federacion Latinoamericana de sociedades de Obstetricia y ginecologia* . , 6,7.
- Suarez, J. M. (Martes de Marzo de 2013). *nuevatribuna.es*. Obtenido de nuevatribuna.es: nuevatribuna.es
- Travi, B. (2006). La construccion de la invisibilidad de la violencia hacia la mujer en el ambito domestico. . *Revista Escenarios* , 4,5.
- tv, H. H. (25 de Noviembre de 2011). *Se duplican las agresiones contra las mujeres en Honduras*. Obtenido de www.holahonduras.tv: www.holahonduras.tv

Velzeboer, M., & Ellsberg, M. (2003). *La violencia contra las mujeres: Responde al sector salud*. Washington: OPS.

Violencia, O. d. (2015). *Investigacion revela grave situacion de violencia contra las mujeres en Honduras ante un Estado sin respuestas*. Tegucigalpa, Honduras: Guaymuras.

Vivian Collazo, I. S. (Jueves de Mayo de 2013). *Violencia contra la mujer en Latinoamerica, mas alla de las estadisticas*. Obtenido de bopress.

Viviana Bohorquez, S. G. (Viernes de Octubre de 2009). *El maltrato a la mujer, antecedentes historicos*. Obtenido de <http://www.blogger.com/profile>.

www.Holahonduras.tv. (2011 de Noviembre de 2011). *Se duplican las agresiones contra las mujeres en Honduras*. Obtenido de www.holahonduras.tv

Zegarra, T. (2013). *Diagnostico y manejo de la violencia basada en genero*. Madrid: La Ventana.

XI ANEXOS

A. LISTA DE CHEQUEO HOJA DE ATENCIÓN DEL ADULTO (HC4) Y HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.

Título: Visibilidad de las formas de violencia doméstica, mujeres entre 18 - 50 años que asisten al Establecimiento de Salud Monterrey, diagnostico ansiedad y depresión, Febrero -Abril 2014.

Objetivo: Identificar en la Hoja de atención del adulto (HC4) y Hoja de tamizaje de violencia doméstica, la consignación de datos sobre episodios de los diferentes tipos de violencia que pudieran presentar las mujeres participantes en el estudio.

Datos Generales

1. Nombre de la paciente: _____

2. Edad:

3. Número de Expediente: _____

4. Procedencia: _____

5. Estado Civil:

5.1 Casada

☐

5.2 Soltera

☐

5.3 Unión Libre

☐

5.4 Otros

☐

6. Número de Consultas médicas en el último año: ____

7. Número de Consultas con Diagnostico y / o detección de:

7.1 Ansiedad

☐

7.2 Depresión

☐

7.3 Ambos diagnósticos

☐

8. Tratamiento con tranquilizantes o antidepresivos en el último año

8.1 Alprazolam

☐

8.2 Amitriptilina

☐

8.3 Lorazepam

☐

8.4 Combinado

☐

8.5 Ninguno

☐

8.6 Otros

☐

9. Número de consultas en las que se investigó por violencia doméstica ____

10. Número de Hojas de tamizaje de violencia doméstica aplicadas ____

11. Número de hojas de tamizaje aplicadas con resultado

11.1 Positivo

☐

11.2 Negativo

☐

11.3 No aplica/No hay hoja

☐

12. Número de Hojas de Tamizaje llenadas completamente: ____

13. Número de hojas de tamizaje vacías: ____

14. Número de Hojas de Tamizaje Positivas: ____

14.1 Violencia Física

☐

14.2 Violencia Psicológica

☐

14.3 Violencia Sexual

☐

14.4 Violencia Patrimonial

☐

15. En caso de haber sido referida a la Clínica de Consejería, que acciones se realizaron para abordar el problema.

15.1 Recibió consejería

☐

15.2 Fue referida a un Psicólogo

☐

15.3 Fue referida al trabajador Social

☐

15.4 Se le llenó ficha de Violencia Doméstica

☐

15.5 Otro

☐

15.6 No fue referida a Consejería

☐☐

16. Número de Fichas de Violencia Doméstica aplicadas: ____

16.1 Violencia Física

☐

16.2 Violencia Psicológica

☐

16.3 Violencia Sexual

☐

16.4 Violencia Patrimonial

☐

16.5 Ninguna

☐

16.6 No aplica/No hubo caso

☐☐

17. En caso de haber sido referida al Trabajador Social, qué acciones se realizaron para abordar el problema y durante cuánto tiempo se prosiguió o ha proseguido

- 17.1 Brindo consejería ☐
- 17.2 Lleno Ficha de Violencia Doméstica ☐
- 17.3 Refirió a Psicólogo o especialista ☐
- 17.4 Refirió a otra institución/Albergue/Policía ☐
- 17.5 No fue referida al Trabajador Social ☐
- 17.6 Otros ☐

18. En caso de haber sido referida al Psicólogo, qué tipo de tratamiento se le ha brindado y durante cuánto tiempo se siguió o se continúa

- 18.1 Brindo consulta ☐
- 18.2 Brindo Terapias/citas ☐
- 18.3 Refirió al especialista (Psiquiatra, Ginecólogo...) ☐
- 18.4 Refirió a otra institución (Policía, Fiscalía) ☐
- 18.5 No fue referida al Psicólogo ☐
- 18.6 otros ☐

19. En caso de haber sido referida al Especialista (Psiquiatra7Ginecologo), qué tipo de tratamiento se le ha brindado y durante cuánto tiempo se siguió o se continúa ☐

- 19.1 Brindo consulta médica/Medicalizo ☐
- 19.2 Refirió a Servicios superiores u otra organización ☐
- 19.3 No fue referida al especialista ☐
- 19.4 Recibió consulta por médico general ☐
- 19.5 Otros ☐

20. En caso de haber sido referida a la fiscalía u otra organización de atención a la mujer violentada, que tipo de acciones se realizaron, por cuanto tiempo se prosiguió o ha proseguido.

- 20.1 Audiencias en la fiscalía ☐
- 20.2 Ingresada en albergue ☐
- 20.3 Hospitalizada/Incapacitada ☐
- 20.4 No fue referida a otra institución ☐
- 20.5 Otros ☐

B. PREGUNTAS PARA GRUPO DE DISCUSIÓN O GRUPO FOCAL

I. Introducción

Buenos días sean bienvenidas a este grupo de discusión su participación es de mucha importancia para el estudio siéntanse libre de contestar, no hay respuestas correctas e incorrectas, sus respuestas son anónimas, siéntanse en confianza de contestar.

El objetivo de la investigación es discutir la relación médico-paciente que invisibiliza los tipos de violencia doméstica.

Todo lo que se comente en la reunión se mantendrá en estricta reserva y será utilizado solamente con fines de análisis de investigación.

Todas las participantes en la reunión deben sentarse en círculos, recuerden que la conversación es abierta, puede hablar en el orden que desean, no necesariamente en el orden en el que están sentadas, de igual manera pueden hablar sucesivamente, es decir, no esperar a que mi persona les pregunte algo. Para obtener de manera segura todas sus opiniones y comentarios utilizare una grabadora. Ninguna de las aquí presentes será llamada por su nombre, por lo tanto pueden tener confianza de que no serán identificadas ni juzgadas por lo que se diga en la reunión.

Un aspecto difícil de manejar es el silencio (cuando nadie quiere hablar). En estos casos, se puede hacer reiterar la introducción: Que la literatura nos dice que usualmente hay muchos más casos de violencia intrafamiliar de las que registran los servicios de salud, para lo cual es importante comenzar a hablar de esos temas de manera más directa y abierta.

II: Cuerpo de la discusión grupal

1. ¿Qué conocen o han escuchado sobre la violencia doméstica?
2. De qué formas puede manifestarse la violencia intrafamiliar? [Indagar por violencia de pareja, contra los hijos, contra los ancianos] Comente lo que conoce sobre cada tipo de violencia hacia la mujer.
3. ¿Alguna vez hemos sufrido de violencia doméstica por parte de nuestra pareja o ex pareja? ¿Qué tipo de violencia hemos sufrido...o sufrimos...?
4. ¿Alguna vez hemos recibido atención por el tipo de violencia que hemos sufrido ¿Qué tipo de atención recibimos...? De parte de quienes....? [Indagar por atención médica, psicológica, legal, económica, social]
5. ¿En alguna ocasión el médico le ha preguntado si ha sufrido de alguno de los diferentes tipos de violencia doméstica?
6. ¿Considera Usted que el personal que brinda atención medica debiera, de forma rutinaria de preguntar a la mujer si ha sido víctima de algún tipo de violencia doméstica? ¿Por qué?
7. ¿Considera que la violencia hacia la mujer puede causar problemas de Ansiedad, Depresión o ambas? Comente de qué manera se manifiestan?
8. Debieran las mujeres con ansiedad y/o depresión de ser consideradas y atendidas también por violencia doméstica? Por qué si o por qué no?

9. De qué manera cambiaría usted los servicios de salud (incluyendo los psicológicos, sociales, legales para ayudar a las mujeres con ansiedad y/o depresión.

10. Hay algo más que desearía agregar antes de terminar la discusión?

III. Cierre

Sinceramente les agradezco a todas por su participación, apertura y colaboración. Recuerden que sus participaciones serán tratadas con estricta confidencialidad.

Les invito a un pequeño refrigerio (Usualmente en este último momento, las participantes se relajan y pueden ser más liberadas para expresar abiertamente algunas cosas que no dijeron previamente. Para ello, habrá que estar atentos y tomar anotaciones discretamente. Esto puede constituirse en un complemento para el análisis)

C. HOJA DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

D. FICHA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA