

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**

*Tesis para optar por el grado académico de  
Licenciatura en Enfermería*

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA  
VIOLENCIA HACIA LA MUJER ADULTA,  
DESDE LA PERSPECTIVA DE  
ENFERMERÍA EN LOS PAÍSES DE COSTA  
RICA, ESPAÑA Y CHILE: REVISIÓN  
SISTEMÁTICA DE LOS AÑOS 2012 A 2017**

**ANDREA NOGUERA CASTRO**

2018

# TABLA DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS .....	4
ÍNDICE DE FIGURAS .....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT .....	7
CAPÍTULO I.....	9
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.1.1.    Antecedentes del problema .....	10
1.1.2.    Delimitación del problema .....	14
1.1.3.    Justificación.....	14
1.2.    PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN .....	15
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	15
1.3.1.    Objetivo General .....	15
1.3.2.    Objetivos Específicos .....	15
CAPÍTULO II .....	16
MARCO TEÓRICO.....	16
2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL .....	17
2.1.1. Concepto de violencia hacia la mujer.....	17
2.1.2. Consecuencias frecuentes para la salud de la violencia contra la mujer .....	18
2.1.3. Tipos de violencia .....	20
2.1.4. Ciclo de la violencia.....	24
2.1.5. Violencia en Costa Rica .....	25
2.1.6. Violencia en España.....	31
2.1.7. Violencia en Chile.....	33
2.1.8. Factores de riesgo asociados a la violencia .....	35
2.1.9. Intervención de Enfermería en casos de violencia hacia la mujer.....	38
2.2. MODELOS Y TEORÍAS.....	45
CAPÍTULO III.....	52
MARCO METODOLÓGICO .....	52
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	53
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	53
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	53

3.3.1. Fuentes .....	53
3.3.2. Población.....	54
3.3.1. Muestra.....	54
3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión .....	55
3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	56
3.4.1. Revisión bibliográfica .....	56
3.4.2. Artículos científicos .....	57
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	57
3.6. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	59
CAPÍTULO IV.....	61
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	61
4.1. RESULTADOS.....	62
4.1.1. Bases de datos científicos.....	63
4.1.2. Factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta.....	64
4.1.3. Factores de riesgo según cada país en estudio.....	66
4.1.4. Actuación de enfermería en casos de violencia hacia la mujer según cada país .....	67
4.1.5. Cantidad de población en estudio según el sexo. ....	69
CAPÍTULO V .....	70
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	70
5.1. DISCUSIÓN .....	71
CAPÍTULO VI.....	74
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	74
6.1. CONCLUSIONES .....	75
6.2. RECOMENDACIONES .....	76
BIBLIOGRAFÍA.....	78
ANEXOS.....	87
AGRADECIMIENTO.....	88
DECLARACIÓN JURADA .....	89
CARTAS DE APROBACIÓN TUTORA.....	90
.....	91
CARTAS DE APROBACIÓN LECTORA .....	91
CARTAS DE APROBACIÓN FILÓLOGO.....	92

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Resumen numérico de los resultados de la búsqueda, elaboración propia, 2018.....	54
Tabla N° 2. Criterios de inclusión y exclusión de la investigación, elaboración propia, 2018.....	55
Tabla N° 3. <i>Check list</i> de los criterios para la clasificación de los datos de la información, elaboración propia, 2018.....	57
Tabla N° 4. Recopilación de la información en base a la actuación de Enfermería en casos de violencia hacia la mujer en Costa Rica, España y Chile.....	67

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Incidencia de VIF según provincia. Costa Rica, 2015.....	29
Figura N° 2. Rango de femicidios según edad. Costa Rica, 2018.....	31
Figura N° 3. Población de artículos científicos seleccionada por países: Costa Rica, España y Chile, 2012-2018.....	55
Figura N° 4. Cantidad de artículos científicos según bases de datos, 2012-2018.....	63
Figura N° 5. Cantidad de artículos científicos según factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, 2012-2018.....	64
Figura N°6. Cantidad de factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer adulta encontrados en los artículos científicos según cada país en estudio, 2012-2018.....	66
Figura N°7. Distribución porcentual del total de los participantes de los artículos científicos según sexo, 2012-2018.....	69

## RESUMEN

**Introducción:** Los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017 son indicadores utilizados para identificar un posible caso de violencia hacia la mujer y así poder abordarlo a tiempo mediante la prevención y educación por parte del personal de enfermería. **Objetivo General:** Determinar los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017.

**Metodología:** Investigación cuantitativa, de tipo descriptiva en una muestra de 30 artículos científicos de un total de 247 encontrados en las bases de datos: Scielo, Dialnet y Google Académico, mediante la aplicación de un *check list*. **Resultados:** Los factores de riesgo más comunes asociados a la violencia en contra de la mujer. Dentro de los factores de riesgo el principal es el nivel educativo seguido por la pobreza. Los profesionales en Enfermería no tienen conciencia de la importancia de la educación a la población femenina para evitar que aumenten los casos de violencia. España en comparación con Chile y Costa Rica cuenta con mayor desarrollo relacionado con el abordaje profesional en casos de violencia en contra de la mujer. **Discusión:** La mayoría de los casos de violencia hacia la mujer se pueden evitar conociendo los factores de riesgo. Tal fenómeno puede explicarse por la incidencia de violencia en los países en estudio. La edad es un factor para tomar en cuenta ya que aproximadamente a los 25 años hay un aumento significativo de casos. En la mayoría de los artículos revisados se plantea la violencia como un problema de salud pública de interés general. **Conclusiones:** Mediante la aplicación del instrumento se determina se evidencia que el sexo femenino es el que más sufre actos violentos por parte

del sexo contrario. Existen múltiples factores de riesgo que promueven la violencia en contra de las mujeres. Enfermería no brinda un 100% de cobertura en la atención primaria ya que muchos casos no son descubiertos a tiempo aumentando el número de femicidios en los países en estudio.

**Palabras Claves:** violencia, enfermería, factores de riesgo de la violencia, Costa Rica, España, Chile.

## ABSTRACT

**Introduction:** The risk factors associated with violence against adult women, from the nursing perspective in the countries of Costa Rica, Spain and Chile: systematic review of the years 2012 to 2017 are indicators used to identify a possible case of violence towards women, so it can be approached in time through prevention and education by the nursing staff. **General Objective:** To determine the risk factors associated with violence against adult women, from the nursing perspective in the countries of Costa Rica, Spain and Chile: systematic review of the years 2012 to 2017. **Methodology:** Quantitative research, descriptive type in a sample of 30 scientific articles taken from a total of 247 found in the databases of Scielo, Dialnet and Google Scholar, through the application of a check list. **Results:** The most common risk factors associated with violence against women. Among all the risk factors the main one is the educational level followed by poverty. Nursing professionals are not aware of how important education is for the female population to prevent the increase of cases of violence. Spain compared to Chile and Costa Rica has a more developed professional approach in cases of violence against women. **Discussion:** Most of the cases of violence against women can be avoided by knowing the risk factors.

This phenomenon can be explained by the incidence of violence in the countries under study. Age is a factor to take into consideration because the study shows that there is a significant increase in cases when women are 25 years or older. In most of the articles reviewed, violence is considered a public health problem of general interest. **Conclusions:** Through the application of the instrument it is determined that the female sex is the one that suffers most violent acts by the opposite sex. There are multiple risk factors that promote violence against women. Nursing does not provide 100% coverage in primary care since many cases are not discovered in time increasing the number of femicides in the countries under study.

**Key words:** violence, nursing, risk factors of violence, Costa Rica, Spain, Chile.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1.1. Antecedentes del problema**

#### **Internacionales**

La OMS señala que a nivel mundial el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia específicamente sexual por parte de personas distintas de su pareja, por lo que la agresión no sólo proviene de la pareja sentimental si no también, se cuantifican datos de personas externas a ellas y que por distintos factores provocan agresión y violencia al sexo femenino<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) muestra preocupación con el aumento significativo de la violencia hacia la mujer por lo que crea un informe llamado: “Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer” del año 2013, donde se estima que el 36% de las mujeres de América han sufrido de violencia. Por lo anterior se puede notar que el porcentaje de violencia hacia la mujer es elevado en el continente americano, sin contar el porcentaje de violencia de género en los demás continentes del mundo<sup>2</sup>.

La violencia empieza a tomar importancia en los años 90's como un grave problema social que asecha al ser humano, por tanto se coordinan conferencias importantes donde la temática principal es disminuir la violencia en el mundo; entre ellas se mencionan la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1992), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993) y la IV Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer celebrada en Beijing<sup>3</sup>.

España aprueba, por unanimidad de todos los grupos parlamentarios, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley protege a la mujer agredida por hombres y a su vez toma medidas para la prevención y disminución de casos de violencia hacia el sexo femenino. Sin embargo, en el año 2010 el Instituto Nacional de Estadística del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad cuantificó 73 muertes de mujeres causadas por sus parejas sentimentales, cuya cifra ha aumentado en comparación a años anteriores por lo que a pesar de la existencia de leyes y decretos las cifras de violencia continúan en aumento año tras año<sup>3</sup>.

Cataluña realiza un estudio comparativo con Costa Rica en el año 2015 con base en la actitud de los profesionales en salud de Atención Primaria, donde se refleja que en Cataluña un 52.1% no tiene experiencia en el abordaje de la violencia de género hacia la mujer frente al 47.9% que sí la tienen. Por el contrario, en Costa Rica un 63% tienen experiencia y un 37% no la tiene. Es trascendental valorar el grado de conocimiento y las capacidades que poseen los enfermeros en la detección en primera instancia de la violencia que está sufriendo una usuaria y conocer algunos factores que ponen en riesgo la salud y bienestar de la sociedad, de ahí la importancia de dicho tema en desarrollo<sup>4</sup>.

España, en su última encuesta nacional sobre la violencia contra la mujer a inicios del 2015 indica que el 12.5% de las mujeres de 16 o más años han sufrido violencia física y sexual en algún momento de su vida, ejercida por alguna pareja o expareja y el 25.4% de las mujeres refieren haber sufrido violencia psicológica. Por lo tanto, existe un grave problema a nivel de comunicación entre las parejas que acuden a los gritos e insultos induciendo un alto nivel de agresión verbal provocando que aumenten los casos de violencia<sup>5</sup>.

España analiza factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por las mujeres en la pareja, los cuales los dividen en varios niveles, desde los factores más grandes conocidos como los macrosociales (falta de educación, bajo desarrollo económico del país, derechos sociales y políticos bajos, falta de autonomía de las mujeres) a los más pequeños conocidos como el microsistema (debilidad entre el número de hijos, cargas familiares) y desde lo social a lo individual<sup>6</sup>.

El Instituto Catalá de les Dones en España en el año 2015 informa que el 93,3% de las mujeres que han sufrido violencia han recibido maltrato por parte de su pareja; un 96,1% han sido víctimas de maltrato psicológico, seguido por el maltrato físico con un 33,7%; en un 73,4% de los casos, ha sido la propia víctima quien denunció y en un 25,8% lo hizo un familiar; un 35,8% de las mujeres de entre 31-40 años fueron víctimas, seguido de la edad comprendida entre los 41 a 50 años<sup>7</sup>.

Chile crea el Observatorio de Equidad de Género en Salud en noviembre del año 2004, para lograr mayor control de la población chilena relacionada con las barreras en la equidad de género en salud<sup>8</sup>.

Chile indica que la mayor incidencia de casos de violencia es ejercida de hombres hacia mujeres, siendo el hombre el agresor ante la mujer que adquiere protagonismo de víctima. En un análisis ejecutado en dicho país, de 422 mujeres, 49% sufría agresión psicológica, 13% agresión física y 5.5% agresión sexual<sup>9</sup>.

La Encuesta de Corporación Humanas “Percepciones de las mujeres sobre su situación y condiciones de vida en Chile 2017” realizada a 1206 mujeres, indica que un 77.4% de las mujeres chilenas consideran que la violencia ha aumentado, siendo la clase baja del nivel

socioeconómico las que sufren más violencia. También indican que el grupo de mujeres entre 18 y 30 años son las que más corren riesgos asociados a la violencia debido al machismo (76% creen que este es el mayor problema social).<sup>10</sup>

### **Nacionales**

La Asamblea Legislativa crea en 1998 el Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) cuya misión es liderar la promoción y protección de los derechos humanos de las mujeres en conjunto con el estado costarricense y la sociedad civil, contribuyendo con ello a la construcción de una sociedad justa e igualitaria<sup>11</sup>.

Costa Rica notifica 10933 casos de violencia intrafamiliar en el año 2014, de los cuales 8093 casos correspondieron a la población femenina y 2840 casos a la población masculina. Con esos datos brindados por el Ministerio de Salud se puede evidenciar que las mujeres son la población que más sufre de violencia intrafamiliar en comparación con el género contrario<sup>12</sup>.

El Ministerio de Salud realiza el Análisis Permanente de Situación de Salud del año 2015 mencionando el total de casos de violencia intrafamiliar donde 8822 casos correspondieron a la población femenina y 3669 a la población masculina, la provincia y el cantón con mayor incidencia fueron Puntarenas, y Coto Brus respectivamente<sup>13</sup>.

Los partidos políticos apoyan en sus últimas administraciones a la mujer fortaleciendo instituciones mediante leyes y políticas que velan por sus derechos humanos, entre ellos el Frente Amplio (FA) y Partido Acción Ciudadana (PAC) <sup>14</sup>.

El Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) indica que Costa Rica cuenta con un protocolo realizado en el 2008 que se debe seguir en casos de violencia doméstica. Este protocolo está dirigido para los oficiales de la Fuerza Pública y el Poder Judicial<sup>15</sup>.

### **1.1.2. Delimitación del problema**

La presente investigación se desarrolla con base en los artículos científicos y tesis existentes en bases de datos como: Scielo, Dialnet, Google Académico. Dichos artículos se filtrarán con base en el año de publicación, entre el año 2012 al año 2017, a cerca de los factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer adulta en los países de Costa Rica, España y Chile, desde la perspectiva de Enfermería.

### **1.1.3. Justificación**

La violencia contra la mujer se ha vuelto un tema relevante en los últimos tiempos, cada día aumenta el porcentaje de casos de violencia en Costa Rica y en el resto del mundo, por lo que es un grave problema social y de salud pública que involucra a toda la población.

Las leyes y políticas son creadas para la protección de la población femenina tratando de disminuir los casos de violencia, sin embargo, las estadísticas recientes dicen lo contrario. La mujer siempre se ha catalogado a nivel social por ser el sexo débil en comparación con el hombre, siendo agredida desde el punto de vista social, individual y familiar. Todo puede iniciar desde un insulto por parte de su pareja sentimental hasta terminar en hechos mortales.

La importancia radica en conocer los factores de riesgo en países donde se pueden encontrar datos científicos y así lograr una comparación de resultados con Costa Rica identificando cuáles son los factores de riesgo más comunes que se evidencian en la

población y, a su vez determinar posibles soluciones teniendo conocimiento de los riesgos que puede sufrir la mujer antes de que se produzca el hecho violento y poder actuar, como profesionales en enfermería ante una situación como tal.

## **1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017?

## **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

Caracterizar socio demográficamente a las mujeres adultas que sufren violencia, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017.

Identificar los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017.

Comparar los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta encontrados en los países de Costa Rica, España y Chile.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

## **2.1. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL**

### **2.1.1. Concepto de violencia hacia la mujer**

La OMS indica que Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como:

"Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"<sup>16</sup>.

La violencia es un tema relevante y de suma importancia a nivel mundial causando un impacto en el ámbito de la salud ya que genera daños físicos, mentales y psicológicos en la mujer y su entorno, siendo un problema de salud a nivel universal.

La OMS define a la mujer adulta como aquella que se encuentra en el rango de edad entre 20 a 59 años<sup>17</sup>. Es una edad en la cual la mujer decide independizarse, laborar, crear su propia familia, desarrollar habilidades y fortalezas, crear experiencias; por lo que diariamente se encuentra en peligro, anente a riesgos que puedan irrumpir en su vida y su salud, por lo que es significativo conocer factores que asechen su salud para evitar un problema tal como es la violencia hacia la mujer.

La mayoría de los casos de agresión hacia la mujer se dan por parte del sexo opuesto. Por lo general la sociedad rumora que el hombre es el más fuerte, el líder del núcleo familiar y el que sostiene el hogar, creando una supremacía sobre la mujer. Este maltrato que ha venido siendo así por muchos años puede adaptarse a ciertas formas de violencia como las siguientes:

Violencia por parte de la pareja: es también conocida como violencia intrafamiliar, es la más escuchada y la de mayores casos estadísticos.

Violencia en citas amorosas: sucede cuando la mujer intenta crear relaciones interpersonales con el hombre, muchas veces este tipo de relaciones fracasan al punto que se cree una violencia de tipo psicológica.

Violencia sexual: se encierra la violación; ejecutada por un desconocido o conocido de la mujer.

Violaciones sistemáticas en situaciones de conflicto armado: se refiere a la violencia donde intervienen artefactos que se consideren peligrosos y utilizados para provocar daño a la mujer.

Prostitución forzada, trata de personas u otras formas de explotación sexual.

Femicidio o asesinato de mujeres por parte del hombre<sup>18</sup>.

Las formas de maltrato mencionadas anteriormente pueden iniciar desde un comentario ofensivo a producirse la muerte, por lo que es necesaria la detección oportuna de casos de violencia hacia la mujer y así evitar que se den situaciones lamentables, ya que esta se encuentra indefensa y desprotegida creando miedos y dudas a la hora de actuar.

### **2.1.2. Consecuencias frecuentes para la salud de la violencia contra la mujer**

La violencia hacia la mujer, como se ha mencionado; es un problema de salud preocupante a nivel mundial, ya que provoca daños considerables en el bienestar de la mujer. Estos daños provocan consecuencias peligrosas a nivel físico, sexual, mental y conductual. La OPS<sup>18</sup> menciona las siguientes:

## *Físicas*

- ✓ Lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo: hematomas, excoiaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes.
- ✓ Lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo, lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen.
- ✓ Problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico.
- ✓ Muerte, por ejemplo: por femicidio o en relación con el sida.
- ✓ Sexuales y reproductivas
- ✓ Embarazo no planeado o no deseado.
- ✓ Aborto o aborto inseguro.
- ✓ Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH.
- ✓ Complicaciones del embarazo o aborto espontáneo.
- ✓ Hemorragias o infecciones vaginales.
- ✓ Infección pélvica crónica.
- ✓ Infecciones de las vías urinarias.
- ✓ Fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro).
- ✓ Relaciones sexuales dolorosas.
- ✓ Disfunción sexual.

## **Mentales**

- ✓ Depresión.
- ✓ Trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios.
- ✓ Estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático).
- ✓ Autoagresión e intentos de suicidio.
- ✓ Baja autoestima.

## **Conductuales**

- ✓ Uso nocivo de alcohol u otras sustancias.
- ✓ Múltiples compañeros sexuales.
- ✓ Elección de parejas abusivas en etapas posteriores de la vida.
- ✓ Tasas bajas de uso de anticonceptivos y de condones.

### **2.1.3. Tipos de violencia**

La violencia tiene múltiples expresiones, direccionalidades, dinámicas e implicaciones; que para el caso específico del ámbito intrafamiliar es necesario diferenciar los diferentes tipos de violencia para efectos de diseñar y desarrollar estrategias específicas para su abordaje, con la salvedad que estos tipos generalmente, no se dan de manera aislada ni son mutuamente excluyentes. Los tipos de violencia identificados y definidos en este ámbito son:

#### ***Violencia psicológica o emocional***

La Ley contra la Violencia Doméstica menciona que la Violencia Psicológica es toda “acción u omisión destinada a degradar o controlar las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta que

implique un perjuicio en la salud psicológica, autodeterminación o el desarrollo personal”<sup>19</sup>.

Este tipo de violencia siempre está acompañada de actos ofensivos verbales tales como amenazas, hostigamientos, necesidad de ser superior sobre otra persona en público, aislamiento social tanto de familiares como amigos.

Las personas que presentan violencia psicológica por lo general se les dificulta acceder al sistema académico por lo que puede existir un bajo nivel educativo y a su vez la pobreza puede ser un factor de riesgo ante tal situación. Actos como agresiones verbales a mascotas, humillaciones a otros, falta de interés hacia la mano que desee ayudarle son situaciones de alerta ante una persona que puede ser agresora emocional.

La violencia emocional o psicológica también incluye insultos, burlas, descalificaciones, prohibiciones, comparaciones, calificativos negativos dirigidos a lesionar la integridad emocional de la persona que los recibe.

### ***Violencia Física***

La violencia física consiste en el uso de la fuerza física o la coerción por parte de quien arremete, para lograr que la persona afectada haga algo que no desea o deje de hacer algo que desea<sup>19</sup>.

La mayoría de los casos de violencia física se da hacia las mujeres ya que desde hace mucho tiempo son señaladas con ser el género más débil por lo que las agresiones por parte del género masculino son más evidentes en todo el mundo. Los profesionales en salud juegan un papel necesario en este tipo de casos ya que por ser tan evidente las agresiones se

puede indagar un poco con la usuaria y buscar datos que puedan colaborar con la disminución de este problema social.

Dentro de las manifestaciones físicas más comunes de este tipo de violencia son empujones, golpes, tanto por contacto directo del agresor como también se utilizan objetos para hacer daño, tirones de cabello, amenazas con armas, torturas físicas y asesinatos.

### ***Violencia sexual***

La violencia sexual es la agresión que ejerce una persona sobre otra a través de actos de contenido sexual<sup>19</sup>. La idea del agresor es forzar a la víctima a realizar acciones de tipo sexual que no son de su agrado por lo cual procede a obligarla lastimando su integridad física y emocional. El agresor puede utilizar desde sobornos hasta golpes y torturas para lograr su objetivo y salir librado ante cualquier sospecha.

Las mujeres son las que se han visto más afectadas por este tipo de hechos sociales tan lamentables donde el agresor puede ser desde un desconocido hasta el propio padre. No sólo son sometidas al acto violento si no que muchas veces las consecuencias son aún más atroces ya que pueden ocurrir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, daños a su integridad física, etc.

La violencia sexual incluye manoseos o caricias, actos sexuales obligados, masturbación de la persona afectada o del ofensor, sexo oral o anal, exposición obligatoria a películas o revistas pornográficas, obligación de presenciar actividades sexuales, relaciones forzadas con animales, relaciones emocionales sexualizadas, violación marital, acoso sexual<sup>19</sup>.

Es necesaria la buena relación que se pueda establecer con la usuaria ya que es un tema suficientemente delicado y que a su vez va acompañado de amenazas, por lo que es ahí

donde se debe intervenir de fondo en la situación logrando que la víctima se libere de acciones tan repugnantes.

La Ley contra la Violencia Doméstica establece que la violencia sexual es toda “acción que obliga a una persona a mantener contacto sexualizado, físico o verbal, o a participar en otras interacciones sexuales mediante el uso de la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza o cualquier otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual el hecho de que la persona agresora obligue a la agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas”<sup>19</sup>.

Los cómplices también juegan un papel muy importante en la violencia, una tercera persona puede participar tanto a favor o en contra del acto violento, el simple hecho de saber y callar lo hace también culpable. Las mujeres que sufren violencia eligen guardar silencio por miedo a empeorar la situación ya que piensan en los demás antes que en ellas. Sin embargo, es necesaria la participación de todos para detener los casos de violencia que se dan diariamente en el mundo.

Los testigos de la violencia intrafamiliar son todas aquellas personas que conviven en el núcleo familiar y presencian cualquier acto de violencia. Esta situación se considera una expresión violenta, ya que, aunque no son ellos los agredidos directamente, se verán indirectamente afectados por los hechos violentos que han presenciado.

### **Violencia Patrimonial**

La violencia patrimonial se define como: “toda acción u omisión que implique un daño, pérdida, transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de los objetos,

instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores, derechos o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades de una persona”<sup>19</sup>.

#### **2.1.4. Ciclo de la violencia**

Aliaga P, Ahumada S y Marfull M.<sup>20</sup> mencionan que se ha descrito una forma de establecer el síndrome de maltrato que explica por medio de tres fases bien definidas la forma continua de violencia que se presenta en la gran mayoría de las ocasiones. Este ciclo predecible es lo que se ha llamado el ciclo de la violencia.

#### **Fases del ciclo de la violencia**

##### **Fase de tensión**

En esta fase se logra manifestar todas aquellas emociones como la ira, provocación, celos, enojos, berrinches; que son dirigidas latentemente hacia la mujer. Se pueden presentar conductas de agresividad tanto verbal como físicas, las cuales van aumentando la tensión de la relación que se da entre la víctima y el agresor.

##### **Fase de agresión aguda**

La fase de tensión acumula conductas de ira hacia la mujer y es en esta fase donde se da una descarga sin control de las tensiones acumuladas. El agresor manifiesta su enojo con abuso sexual, amenazas, patadas, mordidas, golpes e incluso, uso de armas.

La mayoría de las mujeres no buscan ayuda inmediatamente después de la agresión a menos que, las lesiones sean tan graves que necesiten atención inmediata. Las mujeres que se encuentran en esta etapa generalmente se aíslan y se niegan a los hechos, tratando de

minimizarlos<sup>20</sup>. Los profesionales en salud pueden identificar con mayor rapidez y facilidad un caso de violencia en esta etapa ya que son los casos donde llegan mujeres al servicio de emergencias con golpes graves sin ninguna explicación por lo que la indagación profesional puede detectar un caso de violencia y proceder adecuadamente a su intervención.

### **Fase de reconciliación**

En la fase de reconciliación el abusador puede negar los actos de violencia, pedir perdón y prometer que nunca más repetirá tales acciones con actitud de arrepentimiento. Este ciclo se repite en cada uno de los distintos tipos de violencia, sin embargo, es más evidente en las formas de violencia donde se encuentran las relaciones asimétricas de poder. El miedo es la emoción básica que experimenta la agredida en el ciclo de la violencia.

El agresor se muestra suplicante por los actos cometidos y muestra conductas generosas y piadosas ante su víctima. Muchas veces trata de resolver la situación con detalles materiales y palabras cariñosas hacia la agredida tratando de confundir sus pensamientos y emociones para así llegar a repetir el ciclo.

El ciclo de la violencia tiene variados tipos de concomitantes asociados al círculo agresor-agredido. Estos concomitantes, que son físicos, psicológicos y sexuales, se traslapan entre sí junto con los costos sociales y económicos de la violencia.

#### **2.1.5. Violencia en Costa Rica**

Costa Rica es un país donde cada día aumentan las distintas manifestaciones de violencia contra la mujer, ya sea en el hogar, el trabajo y en espacios públicos. La magnitud de los casos de violencia es incierta ya que en muchas ocasiones no son denunciados y por tanto

las diferentes instituciones encargadas pueden o no detectar e intervenir en estas situaciones.

Costa Rica cuenta con leyes que velan por el control, la seguridad y el bienestar de la mujer costarricense. Según el Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familiares como por hostigamiento sexual y violación 2010-2015<sup>21</sup> menciona las leyes que rigen en Costa Rica a favor de la mujer agredida.

-La Ley que regula la Propaganda que utilice la Imagen de la Mujer, (N° 5811, 1975), que establece el control y regulación de todo tipo de propaganda comercial que ofenda la dignidad y utilice de manera degradante la imagen de la mujer.

- La Ley de Ratificación de la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer (CEDAW) (N° 6968, 1984), a través de la cual el Estado asume en todas sus partes el contenido de dicha Convención.

- La Ley de Creación del Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (N° 7026, 1986), que consigna dicha instancia como ente rector de las políticas públicas en torno a la mujer y la familia.

- La Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer (Ley N° 7142, de 1990), la que establece una serie de derechos políticos, sociales, económicos y educativos, fundamentalmente, orientados a la erradicación de la discriminación de las mujeres debido al sexo. Respecto a la violencia, específicamente, se exige al Poder Ejecutivo y al Poder Judicial el tomar las medidas necesarias para garantizar la protección y atención de las personas afectadas por la violencia intrafamiliar; de allí que esta normativa puede considerarse como el precedente legal de la política estatal para enfrentar la violencia intrafamiliar.

-La Ley de Ratificación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (N° 7499, 1995), que reconoce y asume los compromisos consignados en dicha Convención.

-La Ley Contra la Violencia Doméstica (N° 7586, de 1996), que contribuye a fortalecer los mecanismos de protección a personas afectadas por violencia, estableciendo regulaciones para garantizar su vida, su integridad y su dignidad. Específicamente, esta Ley otorga al Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, la responsabilidad de ser el ente rector de las políticas públicas en materia de detección, atención y prevención de la violencia intrafamiliar.

-La Ley de Creación del Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU) (Ley N° 7801, de 1998), como entidad autónoma (que sustituye al Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia) que tiene como propósito asignar a dicha instancia las atribuciones necesarias para desarrollar políticas públicas dirigidas a erradicar las condiciones sociales, políticas, económicas, culturales y jurídicas, que impiden el pleno goce de los derechos de las mujeres y su desarrollo.

-La Ley de Ratificación del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (N° 8089, 2001), que reafirma la decisión del Estado de asegurar a las mujeres el pleno goce de sus derechos humanos y libertades fundamentales, en condiciones de igualdad; asegurando la adopción de las medidas necesarias para que esto se haga efectivo.

-La Ley de Creación de un Juzgado de Violencia Doméstica: en el Segundo Circuito Judicial de San José (N° 8128, 2001), y en los circuitos Judiciales de Heredia, Alajuela y Cartago (N° 8139, 2001).

-La Ley Penalización de la Violencia contra las Mujeres (Ley N° 8589, del 2007), cuya finalidad es proteger los derechos de las víctimas de violencia y sancionar las formas de violencia física, psicológica, sexual y patrimonial contra las mujeres mayores de edad, como práctica discriminatoria sexista, en el contexto de una relación de matrimonio o de unión de hecho declarada o no. En esta Ley se consigna también su aplicabilidad en el caso de mujeres víctimas de violencia, que sean mayores de 15 años y menores de 18, siempre que no se trate de una relación derivada del ejercicio de autoridad parental.

-La Ley de Creación del Sistema Nacional para la Atención y Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Intrafamiliar (N° 8688, del 2008). En ella se instaura tal Sistema como instancia de deliberación, concertación, coordinación y evaluación entre el Instituto Nacional de las Mujeres, los ministerios, las instituciones descentralizadas del Estado y las organizaciones relacionadas con la materia, para promover políticas públicas que garanticen la atención integral de las personas afectadas por violencia contra las mujeres y/o violencia intrafamiliar, permitiendo mejorar su situación, su recuperación y la construcción de un nuevo proyecto de vida.

- El acuerdo del Consejo Social de Gobierno, de 1994, a través del cual se crean las Oficinas Ministeriales de la Mujer, como entes responsables de velar por el cumplimiento de las políticas gubernamentales para la equidad de género en las instancias de la administración pública.

- El Decreto Ejecutivo de Declaración del 25 de noviembre como Día Nacional de la No Violencia contra las Mujeres (Decreto N° 25645-MP, 1996), como un reconocimiento de la violencia contra las Mujeres como uno de los principales obstáculos que enfrentan para el desarrollo integral de sus potencialidades y su plena incorporación a la vida social, instando

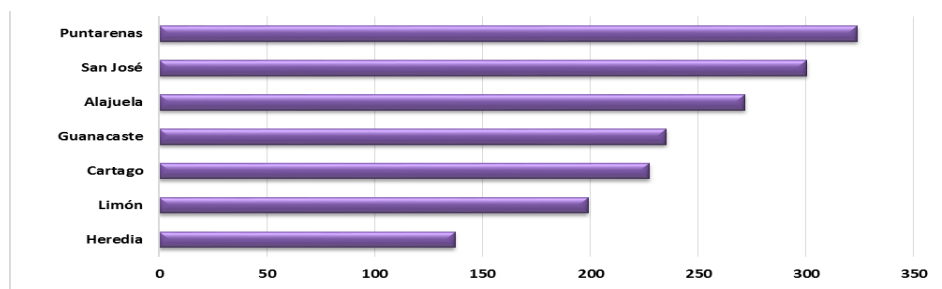
a las instituciones públicas y a la sociedad en su conjunto a facilitar, promover y apoyar su denuncia y erradicación.

-El Decreto Ejecutivo N° 27095-J-C, de 1998, que traslada la adscripción de la Delegación de la Mujer al Instituto Nacional de las Mujeres (antes dependiente del Ministerio de Gobernación), la que constituye una instancia de atención a denuncias por violencia presentadas por mujeres que están enfrentando dicha situación.

Dichas leyes son utilizadas en la actualidad para luchar contra la violencia que viven día a día las mujeres costarricenses. Sin embargo, a pesar de la objetividad legal existen datos estadísticos relevantes donde a pesar de la batalla constante ante este problema social y de todos, aumentan los casos cada año.

Datos importantes del Ministerio de Salud<sup>12</sup> indican que en el año 2015 hubo un total de 12941 casos notificados de violencia intrafamiliar en Costa Rica, de los cuales 8822 casos correspondieron a la población femenina.

La provincia y el cantón con mayor incidencia fueron Puntarenas y Cotos Brus, seguido por San José y los Chiles respectivamente.



*Figura N° 1. Incidencia de VIF según provincia. Costa Rica, 2015*

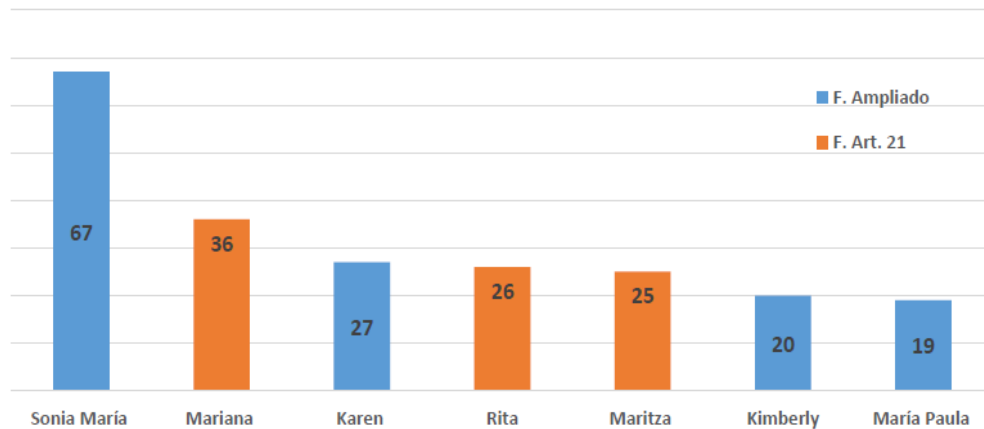
*(Tasa por 100.000 habitantes)*

*Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Vigilancia de la Salud, 2015.*

Las principales causas específicas notificadas según el sexo son el abuso psicológico con un total de 2462 casos, el abuso sexual con 1518 casos y el físico con 1478 casos. En comparación con los hombres, las mujeres lideran la lista de casos notificados al Ministerio de Salud.

Los casos de violencia contra las mujeres deben ser atendidos en la menor brevedad de tiempo ya que son una bomba que puede ser detonada en cualquier momento, desdichadamente muchos casos nunca son detectados ni reportados. Los femicidios en Costa Rica también existen ya que, según datos del Subproceso de Estadística de la Dirección de Planificación del Poder Judicial, ente totalmente importante en este tema, indicó que, del año 2007, año en que se promulga la Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres, al 31 de diciembre del 2016 se reportó un total de 287 femicidios en total. Seguidamente en el año 2017 hubo 26 femicidios de un total de 58 homicidios contra mujeres.

El Poder Judicial realiza un corte el 9 de marzo del presente año donde son reportados 13 homicidios contra mujeres, de los cuales 7 son confirmados, el resto está en proceso judicial. Las edades de los 7 casos de femicidios son: 19, 20, 25, 26, 27, 36 y 67, siendo la mayoría de las mujeres adultas jóvenes donde 5/7 eran madres. La nacionalidad de las víctimas eran 6 costarricenses y 1 nicaragüense. Los hechos ocurren uno en cada provincia, sólo en Puntarenas suceden 2<sup>22</sup>.



*Figura N° 2. Rango de femicidios según edad. Costa Rica, 2018*

*Fuente: Datos del Observatorio y de la Fiscalía Adjunta de Género al 19 de marzo de 2018. Poder Judicial de Costa Rica.*

Los datos epidemiológicos son impactantes ya que Costa Rica se caracteriza con el paso de los años como una nación pacífica, sin ejército. Sin embargo, la sociedad ha cambiado y la violencia aumenta a pesar de la lucha constante de las entidades correspondientes, señal de que se debe mejorar las intervenciones y lograr disminuir esos datos.

### **2.1.6. Violencia en España**

España a pesar de ser un país mucho más desarrollado que Costa Rica y Chile no se escapa de la violencia que sufren las mujeres españolas constantemente. Cada día se presentan casos de violencia hacia la mujer y las autoridades trabajan en ello. Sin embargo, España sufre una crisis económica elevada, por lo que prevalece la pobreza y el desempleo, factores de riesgo claves para que crezcan los casos de violencia hacia la mujer. Las amenazas hacia este grupo social por parte del agresor provocan que las denuncias y notificaciones disminuyan, y no porque la violencia reduzca, todo lo contrario: la

sobrevivencia hace que la víctima sea completamente dependiente del agresor por lo que el miedo es un obstáculo para que acudan por ayuda.

Estudios recientes en la nación española señalan que en el año 2017 se presentan 44 femicidios confirmados. En los dos primeros trimestres de ese año se denunciaron 42689 casos de violencia de género en los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, un 18% más en comparación al mismo período del año 2016<sup>23</sup>.

España, al igual que las demás naciones, presenta leyes y programas que velan por combatir la violencia hacia la mujer. El acto más reciente del país en contra de la violencia se dio el 28 de setiembre del 2017 donde se aprobó el Pacto de Estado en Materia de Violencia de Género. Este pacto identifica y analiza los problemas que impiden avanzar con la erradicación de las diferentes formas de violencia, parte de la premisa de que “...la violencia de género es un problema global y estructural, es la manifestación más cruel e inhumana de la histórica desigualdad existente entre hombres y mujeres en el mundo.”<sup>23</sup>

Entre las leyes más importantes se encuentran:

-Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género, con sus carencias, sirvió para proporcionar una respuesta global, integral y multidisciplinar a la violencia que se ejerce sobre las mujeres por su pareja o exparejas y tras la última reforma también a sus hijos menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, también víctimas de dicha violencia.

-Las Comunidades Autónomas también desarrollan leyes para prevenir y erradicar la Violencia de Género. La primera en 2001 en Castilla-La Mancha y posteriormente le siguen las leyes de Islas Canarias, Cantabria, Comunidad de Madrid, Islas Baleares, Aragón,

Región de Murcia, Galicia, Andalucía, Cataluña, Castilla y León, la Rioja, Principado de Asturias, Extremadura, Comunidad Valenciana y Navarra.

- Ley 7/2016 de la Secretaría de Estado de Seguridad, que regulan un nuevo protocolo para la valoración policial del nivel de riesgo de la víctima de Violencia de Género y de gestión de su seguridad.

España ratifica en el año 2014 el tratado internacional llamado: Convenio de Estambul de 11 de mayo de 2011, el cual trata la prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.

Los femicidios y las no denuncias en España siguen en aumento a pesar del arduo trabajo que realiza el país. El silencio de familiares, vecinos y amigos dificulta aún más el proceso. Es importante destacar que al igual que la sociedad calla, los profesionales en salud también lo hacen, siendo estos los primeros que pueden detectar los indicios de la violencia sobre las mujeres y no son conscientes de su obligación de denunciar<sup>23</sup>.

### **2.1.7. Violencia en Chile**

Chile cuenta con la misma situación mundial: violencia en todo el país sin importar clase socioeconómica, lugar de residencia ni edad. Según el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género<sup>24</sup> más de 2,8 millones de chilenas sufren violencia en sus diferentes formas.

Los femicidios ocurridos en Chile en el año 2016 fueron 34 que, en comparación con el año 2017, aumentó la cifra a 43 femicidios. Dato relevante ya que el gobierno chileno cuenta con múltiples programas y leyes que velan por la erradicación de la violencia hacia la mujer.

El marco jurídico legal de Chile está formado por múltiples leyes, entre ellas:

– Ley 20.609, que establece medidas contra la discriminación, publicada el 24 de julio de 2012.

– Ley 20.595, crea el Ingreso Ético Familiar para las familias de pobreza extrema y el subsidio de empleo de la mujer, publicada el 17 de mayo de 2012.

– Ley 20.545, que modifica las normas de protección a la maternidad e incorpora el permiso de posnatal paternal, publicada el 17 de octubre de 2011.

– Ley 20.533, que faculta a las matronas para recetar anticonceptivos, publicada el 13 de septiembre de 2011.

– Ley 20.418, que fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad, publicada el 28 de enero de 2010.

– Ley 20.348, que resguarda el derecho a la igualdad en las remuneraciones entre mujeres y hombres, publicada el 19 de junio de 2009.

– Ley 20.399, que otorga derecho a sala cuna al trabajador, publicada el 23 de noviembre de 2009.

– Ley 20.255, que estableció la reforma previsional y otorgó a las mujeres un bono por hija e hijo nacido vivo, publicada el 17 de marzo de 2008.

– Ley 20.166, que extiende el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aun cuando no exista sala cuna, publicada el 12 de febrero de 2007.

– Ley 20.066, sobre Violencia Intrafamiliar, publicada el 7 de octubre de 2005.

- Ley 20.005, que tipifica y sanciona el acoso sexual, publicada el 18 de marzo de 2005.
- Artículo 95 bis del Código del Trabajo que establece sala cuna para trabajadoras temporeras, modificado el 16 de enero de 2003.
- Ley 19.591, que modifica el Código del Trabajo en materia de protección a la maternidad, publicada el 9 de noviembre de 1998<sup>25</sup>

### **2.1.8. Factores de riesgo asociados a la violencia**

La violencia contra las mujeres adultas ataca no a un grupo social definido, afecta a todas, no importa estado económico, educación, cultura, etnia. La violencia invade su entorno social, físico, sexual, patrimonial, familiar; en general irrumpe sus derechos humanos adquiridos desde el nacimiento, pierden su libertad de expresión, la manera de imponerse ante los demás y decir lo que piensan<sup>26</sup>.

Es necesario que cada persona conozca los derechos que tienen por obligación y cuiden su seguridad integral sin ser sometidas a ningún trato cruel<sup>26</sup>. Por lo anterior, todos los profesionales en salud deben conocer los factores que ponen en riesgo a las personas y lograr detallar cuáles de ellas son más vulnerables a sufrir violencia.

Los factores de riesgo<sup>27</sup> de victimización de mujeres son:

Estado socioeconómico bajo: los ingresos económicos deficientes son un factor potencial de riesgo para que se den casos de violencia hacia la mujer. Los problemas por falta de dinero afectan a las familias y pueden provocar tensión en las conductas de sus miembros causando enfrentamientos a nivel intrafamiliar o extrafamiliar. Las personas cursan intranquilas, tensas, angustiadas lo cual aumenta el riesgo de sufrir violencia o provocarla.

Ser inmigrantes: en todos los países residen personas que provienen de otras naciones en busca de un mejor futuro, sin embargo, pueden sufrir actos violentos ya que llevan consigo tradiciones, costumbres, culturas e idiomas distintos a los demás. A su vez, muchas mujeres inmigrantes indefensas corren el riesgo de ser violadas y ultrajadas por individuos que se aprovechan de su ignorancia al llegar a un lugar completamente desconocido.

Antecedentes de ser víctima de maltrato: si una persona desde la infancia está acostumbrada a ser partícipe, tanto directa como indirectamente de actos violentos, tiende a continuar con ese patrón violento adquiriendo el papel de víctima o agresor. Muchas mujeres vieron a su madre, tía o abuela sufrir maltratos por parte de su pareja y lo vieron normal ya que el machismo lo llevaban impregnado en sus creencias de inferioridad, por lo cual tienden a continuar con ese modelo de mujer victimizada sufriendo agresiones y maltratos por parte de su pareja.

Toxicomanía o alcoholismo: las sustancias ilícitas, llámese alcohol, marihuana, cocaína, heroína, etc., tienden a inhibir ciertas partes del sistema nervioso y provocan relajación o excitación, por lo que la persona no actúa normalmente alterando su conducta cotidiana. Muchos de los agresores realizan los actos violentos bajo los efectos de alguna droga, sin tener razonamiento alguno de lo que están haciendo y el daño que le causan a la víctima.

Desocupación: el desempleo contribuye a la violencia, una persona que mantiene su mente sin ocupación puede tomar decisiones incorrectas provocando sufrimiento y dolor a sus seres queridos. Además, no genera ingresos económicos al hogar por lo que es otro factor de riesgo que trabaja en conjunto provocando una detonación de emociones frustrantes desquitándose con su entorno.

Estado civil: una mujer que se encuentre sin pareja sentimental es una mujer indefensa ante la sociedad. La violencia verbal y física que sufren las mujeres al salir solas a la calle es un acto de acoso que se presenta por lo general por parte de los hombres utilizando comentarios vulgares y fastidiosos para denigrar la figura femenina. Por otro lado, si el estado civil de una mujer es divorciado puede sufrir violencia psicológica por parte de los demás contribuyendo de manera negativa a la frustración que lleva consigo al fracasar en el hogar, más aún si tiene hijos.

Es sustancial añadir también los factores que aumentan el riesgo de convertirse en agresor:

Toxicomanía o alcoholismo: como se mencionó anteriormente, las sustancias ilícitas provocan actuar de forma inadecuada y realizar actos violentos atacando a las personas que se encuentran alrededor sin ser conscientes de dicho suceso.

Pocas habilidades para resolver problemas: no todas las personas poseen habilidades y destrezas para resolver los deferentes problemas que se le presentan a diario. Muchos actúan con tensión e ira hacia su problema sin escuchar consejos de otros; más bien, suelen enfurecerse con su entorno y buscan formas de vengarse culpando a los demás de sus dificultades.

Ira y hostilidad hacia las mujeres: el machismo juega un papel importantísimo en la violencia hacia la mujer. A pesar del transcurso de los años muchas mujeres continúan degradándose por la presencia de un hombre, el sentimiento de inferioridad perdura a pesar de la lucha contra la igualdad de género. Los hombres piensan aún que son el sexo fuerte tratando a la mujer como una sirvienta que cumple únicamente con satisfacer sus

necesidades y cuando alguna de ellas quiere interponerse y defender sus derechos pueden correr el riesgo de ser agredidas por la resistencia.

Ser agresivo, posesivo, celoso o dependiente: la inseguridad, celos, dependencia; son factores muy comunes que presentan los hombres hacia las mujeres. Por lo general, en un hogar las mujeres amas de casa se encargan de prácticamente todos los miembros de la familia, siendo una tarea ardua, repetitiva y cansada. Cuando una mujer trata de salir un poco de la rutina aparece con ímpetus de superioridad impidiendo que ésta pueda tomarse un tiempo a solas. La mujer es juzgada y señalada por tener un tiempo de esparcimiento y es ahí donde la violencia intrafamiliar inicia llegando hasta las amenazas y golpes.

#### **2.1.9. Intervención de Enfermería en casos de violencia hacia la mujer**

La violencia hacia la mujer es un tema de relevancia social ya que es un problema a nivel mundial que nos incumbe a todos los ciudadanos responsables. Según el Consejo Internacional de Enfermeras<sup>28</sup> la enfermería abarca desde los cuidados directos a las personas, grupos y comunidades, enfermos o sanos, discapacitados o moribundos. Está presente en la defensa de los derechos humanos, en la investigación, la participación política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud.

Las enfermeras tienen gestiones holísticas de los usuarios, por lo que la violencia hacia la mujer es un tema de conveniencia de la profesión, donde se puede actuar de forma mediata e inmediata para evitar que los casos de violencia aumenten o lleguen a convertirse en femicidios, la triste realidad mundial femenina.

El concepto de interdisciplina juega un papel importante en la gestión de Enfermería en los casos de violencia hacia la mujer. La relación armónica, solidaria y profesional hace que la

atención brindada a la usuaria sea de calidad y así lograr un diálogo fluido donde abunde la confianza y la construcción de nuevos conocimientos.

La Organización Mundial de la Salud en el Informe Mundial sobre la violencia y la salud<sup>29</sup> brinda una serie de recomendaciones hacia el personal de salud indicando lo siguiente:

No tenga miedo de preguntar: Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte.

Define, además, que las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario son las siguientes:

- ✓ Preguntar con regularidad , cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- ✓ Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- ✓ Ofrecer atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- ✓ Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- ✓ Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- ✓ Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.
- ✓ Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.

- ✓ Evitar actitudes insolidarias o culpables ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- ✓ Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- ✓ Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos.

En Costa Rica no existe un protocolo especializado y estandarizado para la intervención de Enfermería ante un caso de violencia en contra de la mujer, sin embargo, España, país involucrado en la presente investigación, cuenta con un protocolo establecido validado desde el año 2012 denominado Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género<sup>30</sup> que vela por la detección temprana, valoración y ejecución ante los casos detectados de violencia hacia la mujer.

#### **2.1.9.1. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género<sup>30</sup>**

##### **Prevención de la violencia desde el sistema sanitario**

###### En el ámbito de la sensibilización y formación de profesionales

Inclusión en la formación continuada del personal sanitario: es necesario que el personal de enfermería reconozca la importancia de la prevención, detectar a tiempo el maltrato en sus distintos contextos. La atención integral e integrada de la mujer y su círculo social lograría conocer su entorno y analizarlo de forma exhaustiva.

Realización de sesiones clínicas, multi e interdisciplinarias sobre casos reales de violencia hacia la mujer, analizar conjuntamente los factores de riesgo que hicieron vulnerable la situación. A su vez, es necesaria la coordinación con profesionales de otras instituciones:

escuelas, servicios sociales, pediatría, logrando un enriquecimiento del escenario que brinde conocimiento y experiencia.

#### En el ámbito de la atención a la salud integral de las mujeres

Utilizar material publicitario tales como: afiches, carteles, folletos; en lugares visibles al público femenino, donde revele que la violencia es un problema de atención sanitaria donde se le puede brindar ayuda.

Incentivar en las mujeres, fortalezas, valores, actitudes y principios a través de las relaciones interpersonales entre la enfermera-paciente logrando una autonomía y seguridad personal. Además, se debe alentar a que conozca y ejerza los derechos humanos que la protegen incrementando su desarrollo psicosocial y su autocuidado.

Incluir en las actividades de educación de la salud, material relacionado con la prevención de la violencia contra las mujeres.

#### En el ámbito comunitario

Participar en actividades comunitarias brindando talleres y charlas explicando las consecuencias en la salud que puede generar actos violentos hacia la mujer, recalando la intervención del personal sanitario.

Participar en conjunto con instituciones sociales en campañas o acciones realizadas en las comunidades, donde la temática principal sea la lucha contra la violencia hacia la mujer, principalmente, en aquellas mujeres que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad.

Incluir la prevención de la violencia hacia las mujeres en el ambiente escolar favoreciendo la educación en temas sanitarios<sup>30</sup>.

## **Actuación en atención primaria**

Detección: el momento más oportuno para la investigación de un posible caso de maltrato es en la atención primaria. Enfermería juega un papel importante en esta etapa ya que, por lo general, es el primer profesional en salud que atiende a la mujer.

La indagación se debe iniciar con preguntas directas utilizando un abordaje mental y social, haciéndole ver que por el aumento de casos de violencia se está preguntando a todas las mujeres que acuden a la consulta, así, se evadirá que piense ser la única a la que se le está cuestionando. Es importante que en la consulta se logre un vínculo favorable entre enfermera-paciente, mejorando la comunicación activa y la confianza.

El ambiente externo debe ser valorado por el profesional de salud, es necesario utilizar un espacio adecuado y asegurarse que el agresor no se encuentre cerca aumentando la comodidad y seguridad.

Pueden existir situaciones por parte de la mujer que torne la situación difícil y por tanto, la información recopilada será escueta. Entre ellas se pueden nombrar miedos, baja autoestima, factores de riesgo, sobreprotección hacia la pareja o sospechoso de agresión, desconfianza, etc.

Valoración: una vez que la mujer reconoce vivir una situación de violencia o presenta signos y síntomas de agresiones se debe realizar lo siguiente:

- Valoración física de lesiones, estado emocional y situación social.
- Evaluación de la situación, si es un caso de peligro extremo o pronto a serlo.

- Valorar las expectativas de la mujer, si realmente desea un cambio en su vida y si está dispuesta a la toma de decisiones pensando en su bienestar.

En esta fase es necesaria la participación de los profesionales en salud, la coordinación interdisciplinaria hace que el caso se logre solucionar con más eficacia. Además, es importante mencionar el abordaje judicial tratando de iniciarlo lo más antes posible.

Intervención: confirmar que existe violencia a una mujer es el inicio del proceso que debe realizar el personal de enfermería. La labor profesional está en la realización de informa, atender y trabajar en pro de la mujer maltratada ya que el apoyo, y la guía es vital en el proceso de superación. Dentro del plan de acciones del personal de enfermería se encuentra:

- Enlazar la sintomatología con la agresión, logrando diferenciar lo que es un buen trato de un maltrato.
- Proporcionar espacios que ayuden en la expresión de emociones, sentimientos, culpas, miedos, preocupaciones mediante una escucha activa y a su vez brindar apoyo y seguridad.
- Analizar en conjunto con la mujer violentada, el círculo de la violencia logrando un entendimiento constante de la situación.
- Apoyar actitudes positivas y de cambio de la usuaria, motivando su esfuerzo y a la vez analizando las debilidades.
- Valorar el progreso observando las decisiones tomadas, la constancia por mejorar, la asistencia responsable a las citas.

- Informar que los retrocesos son parte del proceso que conlleva salir del círculo de la violencia asegurándole la compañía y el apoyo mediante la motivación.
- Incentivar a la participación en grupos sociales, vínculos saludables, relaciones interpersonales; fortaleciendo su confianza y autoestima.<sup>30</sup>

### **Actuación en urgencias**

Actuación asistencial: el estado de la salud de la mujer debe ser atendido con urgencia, tanto a nivel físico como mental obteniendo un diagnóstico veraz y oportuno para brindar los cuidados necesarios.

Valoración de la seguridad: los casos de violencia hacia la mujer vuelven vulnerable cualquier escena, por lo que primeramente, se debe esclarecer la situación y tomar las medidas necesarias tanto para la seguridad de la víctima, su familia y el personal encargado en llevar el caso.

Información y derivación: los casos de violencia o de sospecha deben ser notificados de forma oportuna utilizando los protocolos establecidos en el centro de salud enviándolo a las instituciones que protegen la mujer y su salud.

Actuación legal: el personal de salud debe comunicarse a la menor brevedad de tiempo con los entes legales que puedan acompañar a la víctima durante el proceso de denuncia y resolución del caso. Es obligación del personal sanitario, tanto a nivel ético como moral, de notificar la situación a las autoridades judiciales<sup>30</sup>.

### **Actuación ante agresiones sexuales**

El personal sanitario que atienda una agresión sexual remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa (esto para la recopilación de pruebas legales). Durante la actuación clínica se procede a:

- ✓ Recopilación de datos, anamnesis y antecedentes personales.
- ✓ Solicitar la actuación de la medicina forense.
- ✓ Valoración del estado físico y mental.
- ✓ Exploración física.
- ✓ Toma de muestras del aparato genital para infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Petición de análisis sanguíneo.
- ✓ Tratamiento inmediato de las posibles lesiones físicas.
- ✓ Coordinar interconsulta con psicología.
- ✓ Prevención de las infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Información a la mujer de los recursos existentes<sup>30</sup>.

## **2.2. MODELOS Y TEORÍAS**

La teorizante de enfermería que mejor se ajusta al trabajo de investigación es Hildegard Peplau con su teoría sobre la psicodinamia.

Hildegard Peplau<sup>31</sup> nació el 1 de setiembre de 1909 en Pennsylvania donde crece y se desarrolla como profesional en enfermería a lo largo de su vida. Realiza grandes contribuciones a la carrera, en especial al área de psiquiatría y salud mental, por lo que se considera la madre de la enfermería psiquiátrica.

Peplau define su teoría como: “Aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia”.

Peplau desarrolla la teoría de las relaciones interpersonales basándose estrictamente en la relación enfermera-paciente. La enfermera debe tener conocimiento en sí misma para así lograr desarrollarse plenamente en las relaciones con los pacientes mejorando su potencial de salud tomando como sustento las bases teóricas psicoanalíticas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

La teoría de Peplau describe cuatro fases importantes las cuales se detallan a continuación, así como la relación que guardan con el desarrollo de la presente investigación.

Orientación: en esta fase el paciente tiene una necesidad insatisfecha y por tanto precisa apoyo profesional<sup>31</sup>.

El trabajo de investigación se relaciona con las mujeres adultas que sufren violencia por parte de su pareja o terceros, callando por miedo e inseguridad y no logran salir de esa opresión y ciclo violento en el que están inmersas, por lo que el profesional de enfermería tiene que poseer las habilidades para detectar un caso de violencia y brindar el soporte necesario a la usuaria logrando que la relación enfermera-paciente se fortalezca y así reconocer en conjunto la problemática existente.

El profesional en enfermería que se desarrolla laboralmente en la atención primaria es el responsable de brindar la orientación, información y educación necesaria hacia las usuarias

victimias de agresión o bien, que exista la mínima sospecha de ella, de ahí la importancia en la formación académica profesional de cada enfermera.

Identificación: el paciente se relaciona e identifica quienes pueden ayudarle. Sin duda es un punto de suma importancia lograr vincularse con el paciente y así conseguir alianzas de confianza, es necesario dar a entender que el mayor y único interés del profesional de enfermería es el bienestar del usuario.

Una mujer víctima de violencia debe acudir por ayuda, las enfermeras tienen toda la capacidad profesional, ética y moral de identificar y colaborar ante un caso de violencia y debe apoyarse con las demás disciplinas para brindar un servicio de calidad.

Los temas sociales le incumben a todo el sector salud, la profesión de enfermería es un pilar importante ya que las personas que acuden a los centros de salud tienen el primer contacto con la enfermera encargada de la atención primaria y es aquí donde la teoría de las relaciones interpersonales de Peplau abarca el tema de investigación, el vínculo que se forma en primera instancia entre la enfermera-paciente hace que la comunicación sea asertiva y de confianza facilitando la identificación de los casos de violencia y el abordaje del mismo.

Explotación: el paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera<sup>31</sup>.

Es necesario que la enfermera se comuniqué de forma asertiva con la mujer víctima de violencia logrando educar sobre todas las herramientas con las que se cuenta para acabar con el problema que la está afectando. La usuaria debe sentir el apoyo profesional que la enfermera le brinda de forma logística.

Resolución: los objetivos iniciales van cambiando progresivamente y en la medida que el paciente se hace menos independiente se va liberando de su identificación con la enfermera<sup>14</sup>.

Durante el proceso de resolución de problemas que la mujer experimenta para lograr salir del círculo de la violencia se apega a la enfermera que la ha apoyado. La mujer aprende a defenderse y a afrontar su situación con apoyo de los individuos que la rodean, incluyendo el personal de salud, sin embargo, el propósito es que la víctima logre independizarse logrando ser una persona con identidad y fortaleza manteniendo su salud mental, es aquí donde se van logrando los objetivos propuestos por enfermería.

Peplau caracteriza la relación enfermera-paciente con base en seis funciones, siendo sustancial incluirlas en la investigación propuesta con base en las mujeres que sufren violencia.

Papel del extraño: inicialmente, el enfermero es un desconocido para el paciente, por lo que es necesario establecer una relación aceptándolo tal y como es. En esta etapa aún no existe el vínculo entre paciente-enfermero, por lo que es necesario ir construyéndolo poco a poco<sup>31</sup>.

En los casos de violencia, inicialmente, la mujer agredida va a tener una personalidad retraída y es complicado lograr la apertura para que se dé la relación basada en la confiabilidad, de ahí la importancia de tratar de formar el vínculo de las relaciones interpersonales entre el profesional y la paciente.

Papel de persona-recurso: la enfermera es vista por el paciente como un recurso más, se brindan servicios de calidad para mejorar la salud del usuario. Cuando se logra que el

paciente entienda las intenciones profesionales del enfermero por su bienestar y observa una luz de apoyo en él, surgen muchas dudas en el paciente<sup>31</sup>.

Las mujeres depositan su confianza en la enfermera cuando son violentadas para aclarar las dudas que tienen con respecto a su salud, por tanto, la importancia de conocer los casos de violencia y lograr observar los factores detonantes.

Papel docente: se hablan de dos categorías de enseñanza a los enfermos: enseñanza instructiva, basada en dar a las personas la información necesaria, y enseñanza experiencial basada en utilizar la experiencia del paciente como base para el aprendizaje<sup>31</sup>.

La enseñanza instructiva promueve el vínculo paciente-enfermera ya que a la hora de brindar educación a la mujer violentada se crea y fortalece la unión y a su vez queda claro que las intenciones del enfermero es ayudar. Por otro lado, la enseñanza experimental se brinda como terapia a la víctima donde ella misma logra conocer la realidad de su situación alcanzando a corregirla paulatinamente con ayuda profesional y creando experiencias que funcionen como aprendizaje para su supervivencia.

Papel conductor: el profesional de enfermería ayuda al paciente enfermo a través de una relación de cooperación y de participación activa<sup>31</sup>.

Cuando existen casos de violencia en particular hacia una mujer que no cuenta con apoyo familiar o social, la colaboración de la enfermera es primordial para su recuperación. Mientras ella se sienta acompañada y guiada por la educación profesional logrará su rehabilitación y recuperación.

Papel de sustituto: el profesional de enfermería desarrolla un papel sustituto de alguien. Posteriormente, es necesario ayudarlo a diferenciar, puesto que hay que establecer los campos de independencia en la relación enfermero- paciente.

La enfermera debe cumplir estrictamente las acciones de enfermería establecidas para el cuidado de las mujeres que sufren de violencia. La mujer violentada probablemente se apegue a la enfermera y la vea como su apoyo incondicional, ya que la ha ayudado a procesar una situación difícil para su vida. Sin embargo, llega un momento en que la paciente debe independizarse y lograr afrontar los distintos fenómenos sociales gracias a la intervención de enfermería.

Papel de consejero: es sin duda la fase más importante según la literatura ya que el consejo funciona en toda relación interpersonal<sup>31</sup>.

Las enfermeras por su labor meramente vinculada al paciente van respondiendo a las necesidades, una mujer que sufre violencia siempre va a necesitar que le recuerden las situaciones que la han marcado para poder integrarla como una experiencia de enseñanza y así entender la realidad.

La teoría de Peplau abarca el proceso profesional que debe llevar a cabo la enfermera cuando tiene un caso de violencia hacia la mujer. Como se explicó anteriormente, dicha teoría es esencial abordar la violencia como un tema de conveniencia de la profesión de enfermería ya que afecta la salud mental y si no se detecta a tiempo en la atención primaria puede generar efectos dañinos para la salud física. La teoría de las relaciones interpersonales de Peplau engloba el inicio del abordaje de un caso de violencia, por lo general las mujeres que sufren agresiones son retraídas, tímidas, calladas e inseguras ante

los ojos de los demás, aún más cuando acuden a un centro de la salud por obligación y, a la hora de hablarles sobre la violencia aumenta la ansiedad y temor, por lo tanto la enfermera debe tener habilidades sociales para relacionarse con las usuarias y lograr establecer un vínculo fuerte desde el inicio, asegurándoles que el único interés es su bienestar.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se basa en el enfoque cuantitativo, el cual es la forma en que se puede realizar una medición y recolección de datos mediante instrumentos de tipo numéricos, con el objetivo de obtener resultados para analizarlos posteriormente, gracias al instrumento aplicado a los artículos científicos que se encuentren en las bases de datos mediante la recopilación de información estandarizada, la cual se convierte en cifras numéricas brindando resultados conclusivos<sup>32</sup>.

### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación es de tipo descriptivo, ya que logra especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Se dice que los estudios descriptivos miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga mediante el análisis de datos.

### **3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS U OBJETOS DE ESTUDIO**

La investigación se realiza con base en las bases de datos: Dialnet, Scielo y Google Académico. Se involucran únicamente, los artículos científicos que cumplan con un mínimo de cuatro criterios de inclusión.

#### **3.3.1. Fuentes**

Dentro de las fuentes de información primarias se encuentra la revisión sistemática tomando directamente, artículos científicos relacionados con los criterios de inclusión

utilizando las bases de datos: Dialnet, Scielo y Google Académico. Además, comprende todo el material bibliográfico extraído de libros electrónicos, revistas y tesis de origen científico procedentes de varias bibliotecas nacionales. Por último, se utilizó información procedente de páginas web como: Ministerio de Salud de Costa Rica, Poder Judicial de Costa Rica, Instituto Nacional de la Mujer.

### 3.3.2. Población

La presente investigación toma como población 247 artículos científicos mediante la búsqueda exhaustiva en las bases de datos: Scielo 84, Dialnet 9 y Google Académico 154 artículos científicos.

### 3.3.1. Muestra

La muestra es de 30 artículos científicos seleccionados detalladamente: 21 de Scielo, 3 de Dialnet y 6 de Google Académico.

*Tabla N° 1*

*Resumen numérico de los resultados de las búsquedas*

<b>Bases de datos</b>	<b>Total de artículos tras aplicar filtros</b>	<b>Artículos asociados seleccionados manualmente</b>	<b>Artículos no incluidos por su contenido</b>	<b>Total de artículos seleccionados</b>
Scielo	72	12	63	21
Dialnet	9	1	7	3
Google Académico	108	45	147	6
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>58</b>	<b>217</b>	<b>30</b>

*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

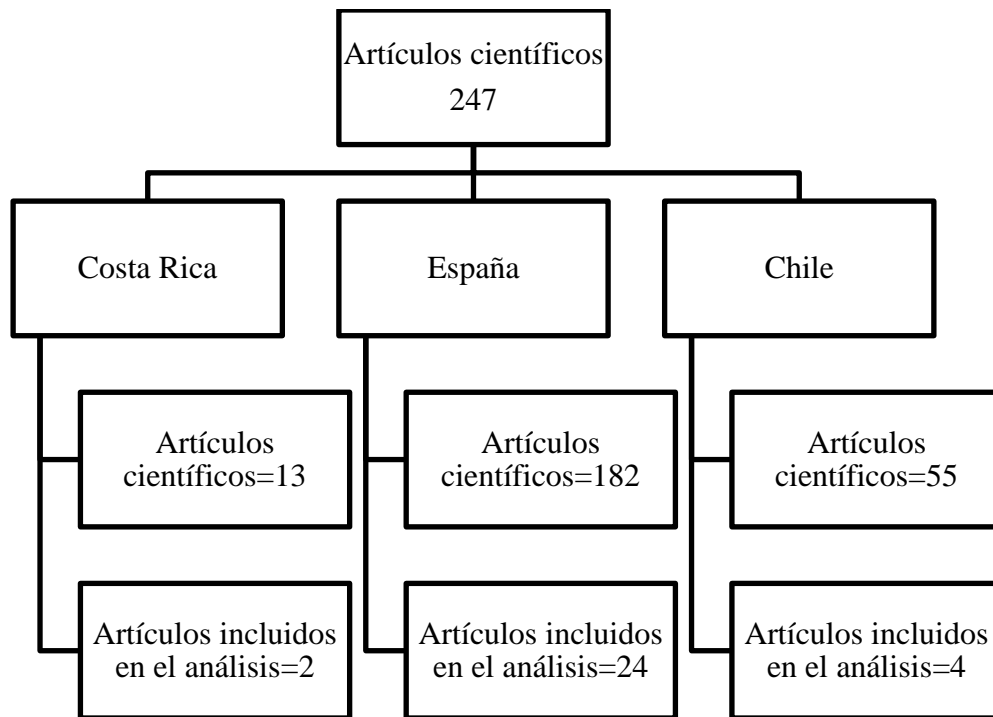


Figura N° 3. Población de artículos científicos seleccionada por países: Costa Rica, España y Chile.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

### 3.3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Tabla N° 2

#### *Criterios de inclusión y exclusión de la investigación*

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Factores de riesgo de la violencia hacia la mujer adulta.	Violencia hacia la mujer adulta mayor y niñez.
Artículos de tipo científicos publicados a partir del año 2012 al 2017.	Artículos científicos publicados con más de 5 años de antigüedad
Análisis de violencia desde la perspectiva	Análisis de la violencia únicamente desde la

---

de los profesionales en salud, con énfasis en perspectiva de psicología y sociología.

Enfermería.

---

Artículos científicos relacionados con los factores de riesgo de la violencia hacia la mujer. Artículos con carencia de resumen o *abstracts*.

---

Artículos científicos realizados a la población femenina de los países de Costa Rica, España y Chile. Artículos científicos donde las poblaciones femeninas en estudio sean menores de 50 mujeres.

---

Artículos científicos que cuenten con resultados de la investigación. Artículos científicos que no contengan datos estadísticos dentro de los resultados de la investigación.

---

Artículos donde la población sean mujeres de Costa Rica, España y Chile. Artículos donde se especifique la población femenina urbana y/o rural de los países en estudio

---

*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

## **3.4. INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

### **3.4.1. Revisión bibliográfica**

Mediante la revisión bibliográfica se encuentran documentos, informes, tesis, libros, revistas, artículos, leyes y datos estadísticos de distintas instituciones relacionadas con el sector de la salud, las cuales en conjunto permiten el desarrollo y construcción del marco teórico y metodológico del trabajo.

### 3.4.2. Artículos científicos

El trabajo de investigación utiliza como principal instrumento un *Check list*, el cual facilita la tabulación de los datos provenientes de artículos científicos, los cuales son analizados y recolectados previamente, con el objetivo de obtener información importante para el abordaje del tema de investigación. Primeramente, se anotan los títulos de los artículos científicos y posteriormente se seleccionan marcando con un *check* (✓) cuando sí cumple el criterio, por el contrario, se coloca una equis (χ) cuando no lo cumple. El artículo entra dentro de la muestra si cumple con un mínimo de cuatro criterios de inclusión que contiene la lista de chequeo o *check list*.

Tabla N° 3

*Check list de los criterios para la clasificación de los datos de la información*

<b>CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS</b>	<b>Factores que influyen en la violencia hacia la mujer</b>	<b>Artículos publicados entre los años 2012 a 2017</b>	<b>Artículos con resumen o abstracts</b>	<b>Artículos que contengan puntos de vista desde la perspectiva de Enfermería</b>	<b>País de publicación</b>	<b>Estudios realizados a más de 50 personas</b>	<b>Artículos que contengan datos estadísticos de violencia hacia la mujer</b>
Título de los estudios científicos	Nombre de las bases de datos						

*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

### 3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El fenómeno es investigado en su contexto natural mediante la observación y el análisis.

Cuando no se va a intervenir de ninguna manera en las variables evitando la manipulación

de la información, se dice que el diseño de la investigación será no experimental de tipo transversal ya que la búsqueda se realiza en un momento único y específico.

### 3.6. CONCEPTUALIZACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Establecer los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017	Factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta en los países de Costa Rica, España y Chile.	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión <sup>34</sup> .	Conjunto de factores que promuevan la violencia hacia la mujer tales como: pobreza, machismo, analfabetismo, drogadicción.	Pobreza  Analfabetismo  Drogadicción  Machismo	Bajo ingreso económico. Vivienda en mal estado. Desempleo.  Poca educación en temas de salud, sociales, culturales, política, nacionales, internacionales. Consumo de sustancias ilícitas como alcohol, tabaco, marihuana, entre otras.  Actitudes de grandeza por parte del hombre hacia la mujer, agresiones.	Check list de estudios publicados entre el 2012 y 2017 en Costa Rica, España y Chile sobre la violencia hacia la mujer adulta.



## **CAPÍTULO IV**

### **PRESENTACIÓN DE RESULTADOS**

## **4.1. RESULTADOS**

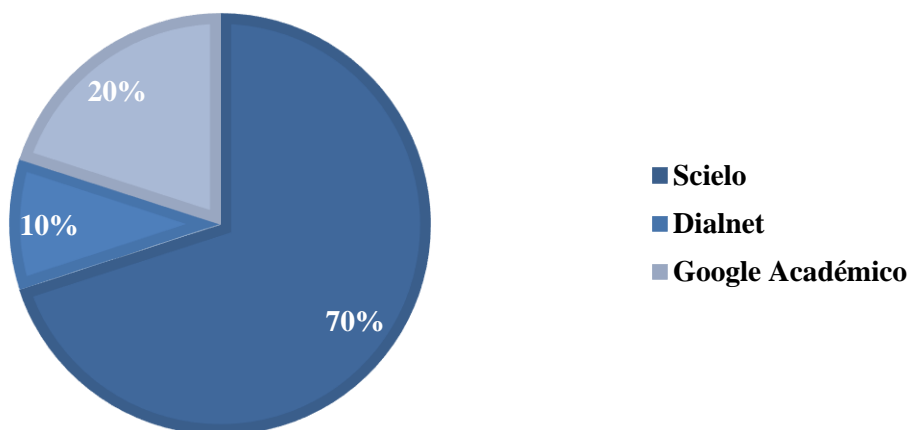
El trabajo de investigación se basa en la recolección de datos e información mediante una revisión sistemática de artículos científicos que se encuentran en las bases de datos: Dialnet, Scielo y Google Académico.

Los resultados son basados y desarrollados a partir de la revisión sistemática y enfocados en de los factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile, los cuales se explican en el siguiente capítulo donde se analizan 30 artículos científicos de un total de 247 revisiones sistemáticas.

Los años en que se desarrollan la mayor cantidad de artículos científicos corresponden a los años entre el 2012 al 2018, tratando de obtener información actualizada y de calidad.

El siguiente capítulo está conformado por 5 apartados, los cuales corresponden a: cantidad de artículos científicos según bases de datos, cantidad de artículos científicos según factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, 2012-2018, factores de riesgo según cada país en estudio, actuación de enfermería en casos de violencia hacia la mujer según cada país y cantidad de población en estudio según el sexo.

#### 4.1.1. Bases de datos científicos



*Figura N° 4: Cantidad de artículos científicos según bases de datos, 2012-2018.*

*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

La cantidad de artículos científicos según cada base de datos se distribuye de la siguiente forma: la base de datos Scielo en primer lugar, posee un 70% del total, equivale a 21 artículos científicos, seguido por Google Académico con un 20%, equivale a 6 artículos científicos y por último Dialnet con un 10%, equivale a 3 artículos.

La base de datos Scielo cuenta con gran cantidad de artículos científicos, ya que brinda la herramienta llamada filtración de datos. Además se caracteriza por contener material extenso relacionado con temas de ciencias de la salud. Sin embargo, en el momento de filtrar los datos según los criterios de inclusión y exclusión se reduce enormemente los resultados brindados. Lo mismo ocurre con Google académico y Dialnet.

#### 4.1.2. Factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta

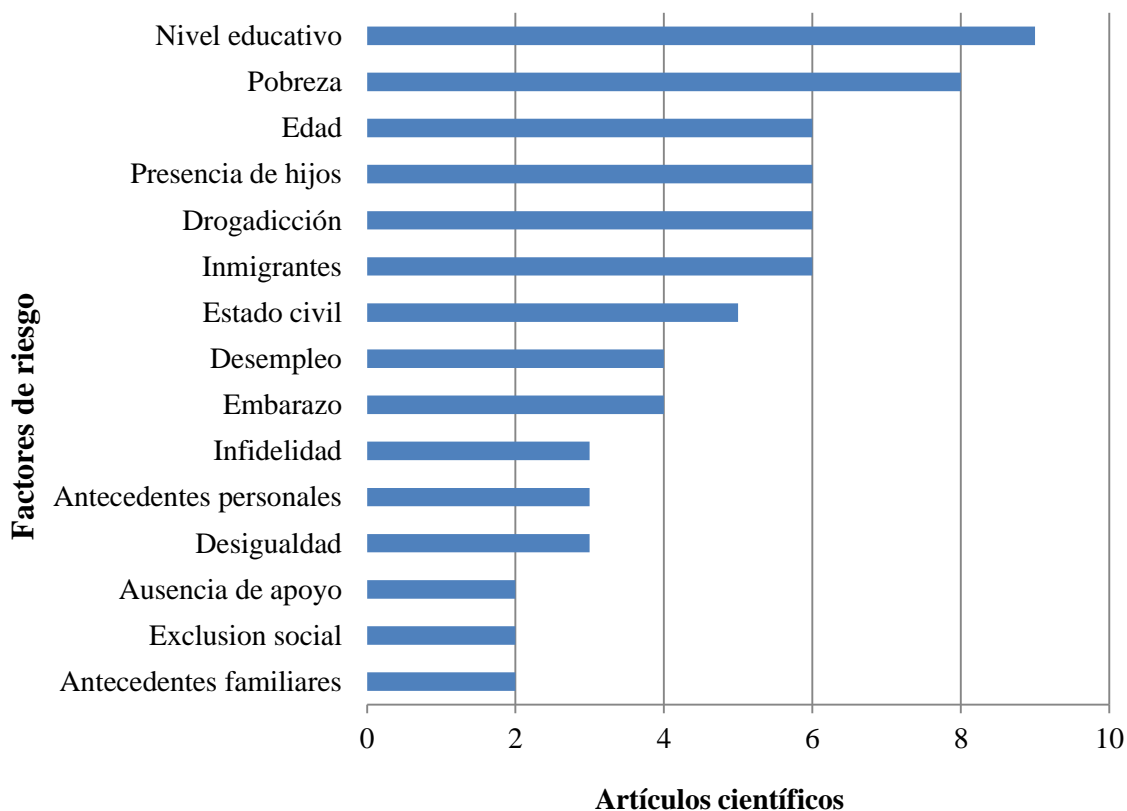


Figura N° 5: Cantidad de artículos científicos según factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, 2012-2018

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los factores de riesgo que se encuentran en los artículos científicos analizados son los siguientes: el nivel educativo con 9 artículos (equivale a 30%), la pobreza con 8 artículos (equivale a 27%), los inmigrantes, la drogadicción, la presencia de hijos y la edad con 6 artículos (equivale a 20% cada uno) donde se mencionan como factores de riesgo, el estado civil con 5 artículos (equivale a 17%), el embarazo y el desempleo con 4 artículos científicos (equivale a 13% cada uno), la desigualdad, los antecedentes personales y la infidelidad con 3 artículos científicos (equivale a 10% cada uno) y por último los

antecedentes familiares, exclusión social y ausencia de apoyo con 2 artículos científicos (equivale a 7% cada uno).

Los datos sistematizados por el estudio señalan que el factor de riesgo con mayor frecuencia encontrado en la población de mujeres es el nivel educativo.

La prevalencia de un nivel educativo bajo en las mujeres que se encuentran en los estudios se relaciona directamente con un aumento en el riesgo de sufrir violencia por parte de otras personas. Una mujer que tiene un nivel educativo inferior que su pareja o su entorno tiende a sentir sentimientos de sumisión ante los demás, limitándose a realizar las tareas que le corresponden.

La pobreza es el segundo factor de riesgo más prevalente en los 30 artículos científicos y que se asocia estrechamente con el nivel educativo. Una mujer que tenga un nivel educativo bajo por lo general los ingresos socioeconómicos serán deficientes lo que promueve a la incidencia de la pobreza en la población de estudio.

Los inmigrantes, la drogadicción, la presencia de hijos y la edad son factores de riesgo que se mencionaron en 6 artículos científicos. Las mujeres inmigrantes al llegar a un país nuevo con conocimiento eficiente de las leyes y los derechos humanos que las protegen son maltratadas por los demás aprovechándose de su nacionalidad extranjera y el miedo que las invade de ser deportadas en migración.

El alcoholismo es la principal droga que funciona como factor de riesgo en contra de las mujeres. Al estar el ser humano bajo los efectos nocivos del alcohol tiende a presentar comportamientos violentos hacia los demás siendo la mujer la víctima ya que figura por ser el sexo débil de la sociedad.

La prevalencia de la edad en los estudios científicos fue de aproximadamente los 25 años donde la mujer es mayormente agredida por su pareja o el entorno. Es una edad donde se debe enfrentar a las adversidades del ambiente. Por lo general, a los 25 años, la mujer tiene la necesidad de formar un hogar lo que multiplica las responsabilidades y necesidades suyas y de los demás.

La presencia de hijos se relaciona perfectamente con la edad de la mujer. Los hijos forman un pilar importante en la mujer como tal. Sin embargo, los hijos crean mucha tensión, estrés y preocupación para los padres lo que muchas veces termina en agresión y violencia.

#### 4.1.3. Factores de riesgo según cada país en estudio

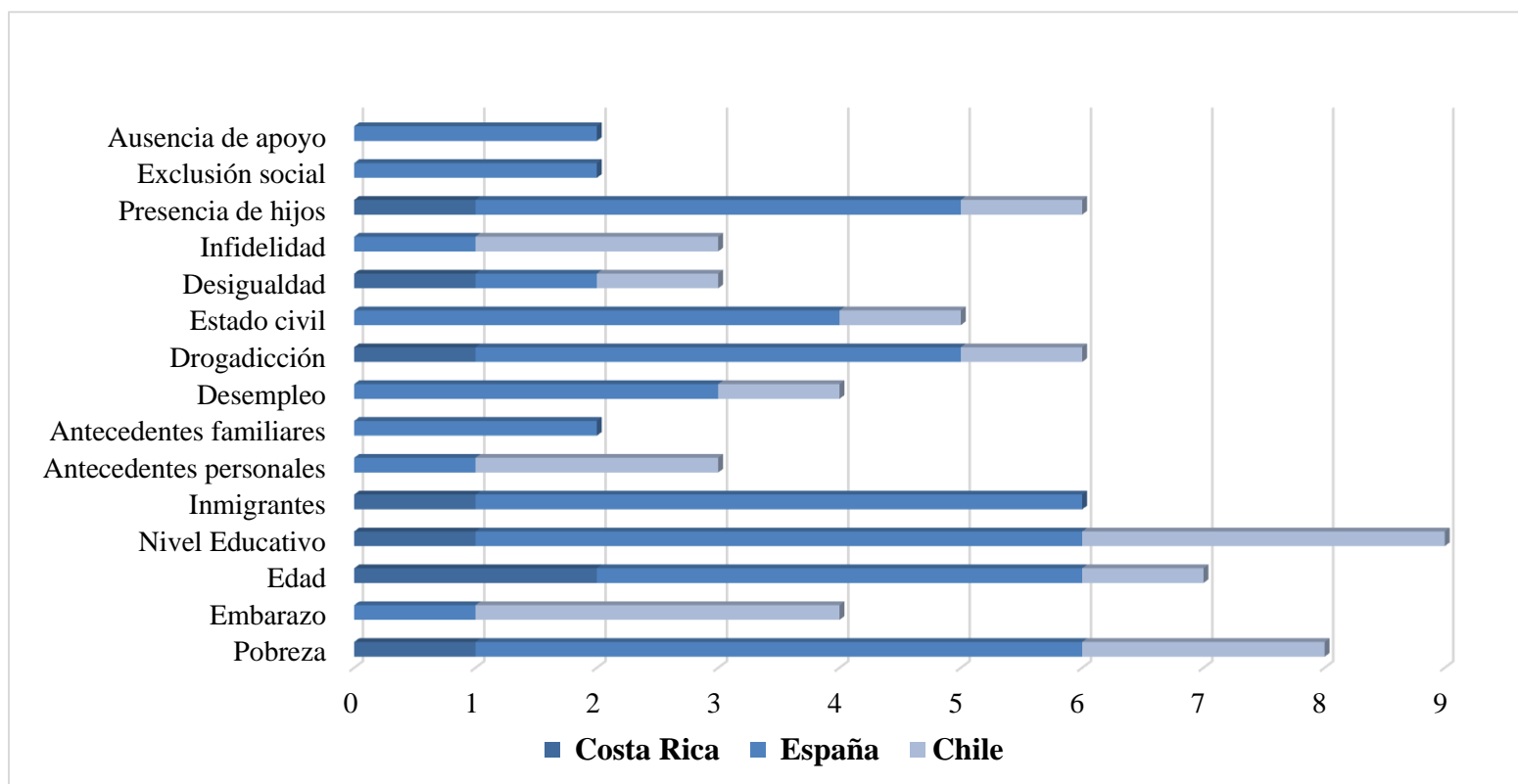


Figura N° 6: Cantidad de factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer adulta encontrados en los artículos científicos según cada país en estudio, 2012-2018.

Fuente: Elaboración propia, 2018.

Los factores de riesgo repetitivos que se mencionan con mayor frecuencia en los artículos científicos revisados en los tres países son 6: el nivel educativo, seguido por la pobreza, la edad, la drogadicción la presencia de hijos y la desigualdad. Llama la atención que a pesar de ser países completamente diferentes tienen factores de riesgo en común asociados a la violencia en contra de la mujer.

Los antecedentes familiares, el desempleo y la ausencia de apoyo son factores de riesgo que se presentan mayormente en España, a pesar de ser un país más desarrollado en comparación con Costa Rica y Chile presenta falta de apoyo por parte de los profesionales en salud lo que aumenta la incidencia de violencia hacia las mujeres.

El embarazo es un factor de riesgo frecuente en Chile asociado a la violencia en contra de la mujer. Chile es un país donde abunda el machismo, situación que agrava la violencia en contra de las mujeres a pesar del paso de las épocas y las nuevas formas de vida adaptadas por la sociedad.

#### **4.1.4. Actuación de enfermería en casos de violencia hacia la mujer según cada país**

*Tabla N° 4*

*Recopilación de la información en base a la actuación de Enfermería en casos de violencia hacia la mujer en Costa Rica, España y Chile*

<b>España</b>	<b>Chile</b>	<b>Costa Rica</b>
Los estudiantes creen tener algún grado de capacitación	de El rol de las redes sociales y familiares se observó que una adecuada red de apoyo	Costa Rica cuenta con atención primaria de calidad. Manifiestan que

---

para la detección de las formas de violencia: física 95.5%, psicológica 88.7% y abuso sexual 73.6% y otras formas 28.3%. La función de enfermería ante el abordaje de las víctimas de violencia debe ser realizada de forma holística, el saber-hacer, la sensibilidad profesional y las relaciones entre los equipos de salud.

se asoció a una disminución de la violencia intrafamiliar. Chile cuenta con cobertura eficiente de los servicios de salud ante situaciones de violencia hacia la mujer.

están capacitados para detectar casos de violencia hacia la mujer. Sin embargo, no existe un protocolo específico de enfermería para el abordaje de casos de violencia hacia la mujer.

---

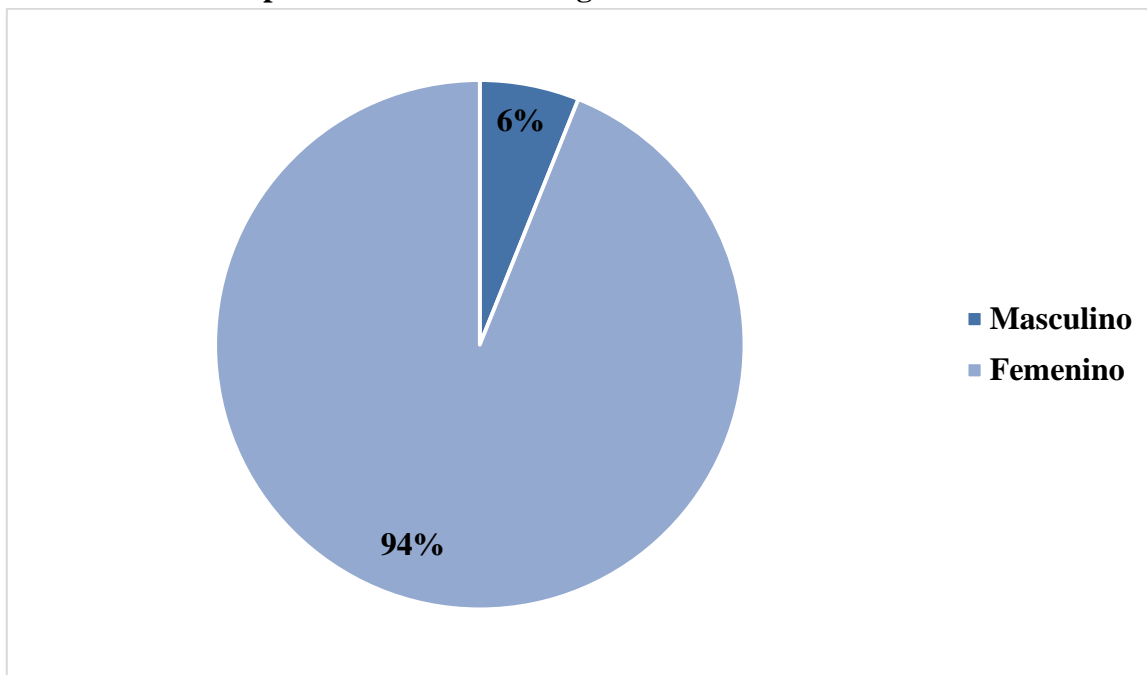
*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

La tabla N° 4 compara, básicamente la relación entre Costa Rica, España y Chile y el conocimiento que tiene el personal de enfermería con respecto a la violencia hacia la mujer y los factores de riesgo que inciden sobre este problema social. En general, España contiene más información científica relacionada con el tema, indicando que la forma de abordaje es sumamente cuidadosa desde el primer momento que la mujer ingresa al centro de salud.

Chile indica que la forma más efectiva de evitar la violencia es por medio de apoyo brindado a la mujer por parte del núcleo social, la comunidad y el personal especializado.

Algunos estudios indicaron que en Costa Rica el abordaje es eficiente, sin embargo, no cuenta con un protocolo dirigido especialmente al área de enfermería donde se pueda mejorar la atención a la usuaria.

#### 4.1.5. Cantidad de población en estudio según el sexo.



*Figura N°7: Distribución porcentual del total de los participantes de los artículos científicos según sexo, 2012-2018.*

*Fuente: Elaboración propia, 2018.*

Los artículos científicos analizados, por lo general utilizaron como participantes mujeres víctimas de violencia en algún momento de la vida. Se logró cuantificar 2566 mujeres. Sin embargo, algunos de esos artículos científicos usaron como participantes hombres agresores de violencia, cuantificando 166.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

## 5.1. DISCUSIÓN

La violencia es un problema de salud pública que aqueja a toda la población a nivel mundial tan es el caso de Costa Rica, España y Chile. Esto puede prevenirse detectando los factores de riesgo más comunes en cada país y actuar con prisa antes que la situación se vuelva incontrolable.

España incluye que dentro de los factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer se presenta el único factor de nacer mujer<sup>1</sup>. Según autores costarricenses<sup>2</sup> apoyan esta teoría, afirmando que existen factores individuales donde destacan que el sexo es un factor importante. Otro factor de riesgo relevante es la edad, lo cual se ve afirmado en España. Sin embargo, la investigación refleja que en Chile la edad no afecta en la violencia hacia las mujeres.

Los factores de riesgo más importantes en Costa Rica son las pautas culturales<sup>3</sup>. Los autores<sup>2</sup> mencionan que los estereotipos de género en Costa Rica refuerzan la idea del “derecho” del esposo/compañero a controlar los comportamientos de su pareja utilizando la violencia, factor que comúnmente se conoce como machismo.

La investigación indica que en España señalan que las mujeres con conductas o comportamientos provocativos<sup>4</sup> inducen a la violencia por parte de la pareja, una teoría asociada al machismo al igual que en Costa Rica y Chile.

La presencia de hijos en la pareja<sup>5</sup> es un factor de riesgo en España, lo cual se confirma junto con otros autores<sup>6</sup> que afirman dicha teoría. Existen alteraciones en la conducta del menor cuando los padres tienen conflictos. La madre al ser la víctima del padre muchas

veces descarga su ira y rechazo en contra del menor creando en él problemas de conducta y afectividad.

La investigación realizada confirma que, tanto en Costa Rica, España y Chile, el alcoholismo es un factor de riesgo<sup>3,7,8</sup> que se presenta en gran parte de la población de agresores de mujeres. Los autores<sup>3</sup> confirman lo dicho ya que el consumo excesivo de alcohol forma parte del síndrome de dependencia alcohólica, siendo evidente que la persona alcohólica desarrolla problemas de ansiedad, depresión y cambios de humor repentinos volviéndose una persona violenta hacia su pareja<sup>9</sup>.

Las desigualdades de género<sup>10</sup> son factores de riesgo que predominan en los tres países en estudio, tales como: nivel académico y la pobreza relacionada con las condiciones laborales (desempleo). Así lo confirman las teorías<sup>11</sup>, indicando que la violencia en contra de la mujer está vinculada al desequilibrio en las relaciones sociales, económicas y laborales, pese a los indudables avances en las legislaciones nacionales e internacionales a favor de la igualdad de derechos entre ambos sexos.

La investigación indica que las mujeres inmigrantes sufren violencia por parte de la pareja<sup>3,1,12</sup>, siendo así confirmado en Costa Rica y España. Chile no menciona en la teoría casos relevantes de violencia hacia las inmigrantes. Los autores<sup>13</sup> indican que las mujeres inmigrantes son vulnerables a la violencia machista siendo un factor de riesgo.

Las mujeres inmigrantes son violentadas en muchas ocasiones por la dependencia económica a la que se ven sometidas por sus parejas. Sin embargo, cada vez son más los casos donde la mujer extranjera recurre a buscar trabajo para cubrir las necesidades personales y de su pareja, la cual la amenaza y maltratada por intereses propios. Además el

desconocimiento de la ley del país donde residen es un factor que provoca el silencio de las inmigrantes, aún más si son ilegales en el país.

Los resultados de la investigación proyectan datos que demuestran que las mujeres costarricenses, españolas y chilenas pueden superar la violencia si se les brindan medidas de apoyo, seguridad y confianza<sup>4,7,14</sup>. Las redes de apoyo son un importante recurso a la hora de hacer frente a las adversidades<sup>13</sup>.

Chile reporta que gran parte de los casos de violencia en contra de las mujeres se da en las que se encuentran en estado de gestación<sup>15,16</sup>. Costa Rica y España no mencionan el embarazo como factor de riesgo. Hay autores<sup>17</sup> que confirman lo dicho indicando que existen estudios cuantitativos donde el porcentaje de violencia hacia las mujeres embarazadas es alto, por ejemplo, un estudio realizado a 131 mujeres embarazadas encontrando un 13% de violencia física en estado gestacional.

España menciona como factor de riesgo la genética<sup>4</sup> del agresor, sin embargo, para Costa Rica y Chile no es un factor de riesgo asociado a la violencia contra la mujer. Autores<sup>18</sup> señalan que mediante un estudio científico a 900 reos en prisión violentos determinaron dos genes que los predisponían a ese tipo de comportamientos.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 6.1. CONCLUSIONES

Las características sociodemográficas de las mujeres adultas en Costa Rica, España y Chile son: la edad, el sexo, nacionalidad, el grado de escolaridad, la situación socioeconómica tal como la pobreza y desempleo. Esas características se han considerado factores de riesgo en los países en estudio ya que, según los estudios científicos, las mujeres expuestas sociodemográficamente a ellos corren un alto riesgo de sufrir violencia a lo largo de la vida.

La edad es un factor relevante, ya que el promedio de las mujeres violentadas en Costa Rica y Chile es de 25 años. En España es de 34 años, quedando confirmado que las mujeres adultas son las que más sufren actos violentos por parte de terceros, principalmente, de la pareja. El sexo femenino se considera más susceptible a sufrir violencia en comparación con el sexo masculino, quedando evidenciado en los tres países en estudio

Así mismo, las mujeres inmigrantes se unen al porcentaje de violencia en la mayoría de los países en estudios, por su nacionalidad son discriminadas, amenazadas y maltratadas por sus parejas. La economía y nivel académico son factores determinantes en los tres países en estudio. Mientras mayor preparación académica tengan las mujeres, menos es el riesgo de sufrir violencia por parte de la pareja o el entorno ya que aumentan sus ingresos económicos, poseen un mejor trabajo y se sienten dependientes y autónomas.

La perspectiva de enfermería nota una falta de interés y desconocimiento del tema, ya que son pocos los estudios investigativos realizados sobre el tema de la investigación. España fue el país con mayor cantidad de estudios asociados a la violencia hacia la mujer. El grado académico, la pobreza, el alcoholismo, el sexo y la edad fueron los factores más comunes. Sin embargo, se logró identificar factores de riesgo distintos en las tres nacionales: España

destacó por incluir el comportamiento provocativo y la genética, Chile por la agresión brindada al grupo de riesgo de mujeres embarazadas y en Cos Rica las edades tempranas, entendiéndose como adolescentes y adultas jóvenes fueron el factor más vulnerable del país.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

- Abordar los casos de violencia hacia la mujer desde el sistema de salud costarricense, especialmente dirigido a las entidades que conforman el primer nivel de atención, para lograr una mejor detección de los casos y un abordaje de calidad.
- Fortalecer las capacitaciones dirigidas al personal de salud, abordando temas sociales los cuales les competen a todas las disciplinas de la salud.
- Brindar información veraz y oportuna relacionada con la violencia hacia la mujer a las usuarias que acuden a cada área de salud, facilitando datos estadísticos que revelen el aumento de los casos en el país, dando a conocer que es un problema de salud que afecta a todos.
- Educar a la población en general sobre los principales factores de riesgo que pueden provocar violencia hacia la mujer y la importancia de notificarlos al personal de salud, ya que es tan culpable el agresor como los cómplices de un delito como tal.
- Incentivar en la elaboración de investigaciones científicas relacionadas con el tema de violencia hacia la mujer al personal de enfermería, ya que es evidente la escasa información científica elaborada por enfermería. No se debe olvidar que la investigación forma parte del quehacer de la profesión.

- Elaborar instrumentos de aplicación para reforzar la respuesta del sector de la salud a la violencia hacia la mujer para la prevención de la violencia aplicándolos a toda la población.
- Fomentar la educación y conocimiento de las mujeres costarricenses sobre los derechos que poseen como seres humanos y a su vez dar a conocer las leyes y políticas que las protegen y defienden en caso de que sufran algún tipo de violencia.
- Trabajar en conjunto con las diferentes disciplinas relacionadas con la salud de las mujeres, así como con organismos y organizaciones para la reducción y eliminación de casos de violencia en todo el país.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Organización Mundial de la Salud. Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO\\_RHR\\_HRP\\_13.06\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf)
2. Guedes A, García C y Bott S. Violencia contra las mujeres en Latinoamérica y el Caribe. 2014; Vol. 14:41-48. OMS. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Alessandra\\_Guedes/publication/260018399\\_Violencia\\_contra\\_las\\_mujeres\\_en\\_Latinoamerica\\_y\\_el\\_Caribe\\_Un\\_problema\\_de\\_salud\\_publica\\_de\\_proporciones\\_epidemicas/links/02e7e52f11f2cd94be000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Alessandra_Guedes/publication/260018399_Violencia_contra_las_mujeres_en_Latinoamerica_y_el_Caribe_Un_problema_de_salud_publica_de_proporciones_epidemicas/links/02e7e52f11f2cd94be000000.pdf)
3. Carrilero LS, Martínez JM y Flores MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. España. 2012; N°27. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300024&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000300024&script=sci_arttext&tlng=en)
4. Rojas K, Gutiérrez T, Alvarado R y Fernández A. Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. 2015; Vol. 47: 490-497. España. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714003953>
5. López JJ, González JL y Andrés A. Eficacia predictiva de la valoración policial del riesgo de la violencia de género. España. 2016; Vol. 25; 1-7. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1132055915000496>
6. Puente A, Ubillos S, Echeburúa E y Páez D. Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de metaanálisis y estudios recientes. España. 2016; Vol. 32: 295-306. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282016000100034](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100034)

7. Estévez EP. Intervenciones de enfermería en la atención a las mujeres víctimas de violencia de género en las consultas de Atención Primaria. 2017 (citado 1 Jul 2017); Vol. 2: 75-101. España. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/19652>
8. Calvin M, Matamala M, Eguiguren P, Gálvez T, Berlagoscky F, Díaz X, Iglesias M, Güida C, Hevia P. Informe Monográfico 2007-2012: Violencia de Género en Chile. Observatorio de Equidad de Género en Salud. Chile. 2013. Disponible en: [http://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145)
9. Sanhueza T, Valdivia M y González L. Uso del espacio comunitario y creencias de género en una muestra de hombres que ejercen violencia conyugal en la provincia del Biobío, Chile. 2014; N°13: 1-15. Disponible en: <http://www.tscuadernosdetrabajosocial.cl/index.php/TS/article/view/20>
10. El Mostrador Braga. El 77.4% de las chilenas considera que la violencia contra la mujer ha aumentado. Chile. 2017. Disponible en: <http://www.elmostrador.cl/braga/2017/11/27/el-774-de-las-chilenas-considera-que-la-violencia-contra-la-mujer-ha-aumentado/>
11. INAMU, Nuestra historia, Misión y Visión. 2009. Disponible en: <http://www.inamu.go.cr/web/10179/9>
12. Brenes G. Ministerio de Salud. Informe de notificación de datos de violencia intrafamiliar en Costa Rica – 2014. 2014. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/>

13. Unidad de Análisis Permanente de Situación de Salud, Ministerio de Salud. Casos Notificados de Violencia Intrafamiliar en boleta VE-01- Costa Rica. 2015
14. Piedra N. La escena política de los movimientos de las mujeres en Costa Rica durante los últimos treinta años. 2015; 94 (2):65-77. Disponible en: <file:///C:/Users/Andrea/Downloads/Dialnet-LaEscenaPoliticaDeLosMovimientosDeLasMujeresEnCost-5585648.pdf>
15. Mora A. ningún tipo de violencia contra las mujeres puede ser permitido. Costa Rica. 2017. Disponible en: <https://presidencia.go.cr/comunicados/2017/06/inamuningun-tipo-de-violencia-contra-las-mujeres-puede-ser-permitido/>
16. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. 2016. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
17. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
18. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Washington, DC. OPS. 2013. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9265%3A2014-comprender-abordar-violencia-contra-mujeres&catid=3425%3Aviolence-publications&Itemid=0&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9265%3A2014-comprender-abordar-violencia-contra-mujeres&catid=3425%3Aviolence-publications&Itemid=0&lang=es)
19. Instituto Nacional de las Mujeres: Plan nacional de prevención de la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familiares como por hostigamiento sexual y violación. 1ed. Costa Rica. 2012.

20. Aliaga P, Ahumada S y Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Chile. 2003; Vol. 68 (1); 75-78. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000100015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000100015&script=sci_arttext&tlng=pt)
21. MacDonald J y Treguear T. Plan Nacional de Atención y Prevención de la Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja y familiares como por hostigamiento sexual y violación. 1 ed. Instituto de las Mujeres. 2012.
22. Poder Judicial: observatorio de violencia de género contra las mujeres y acceso a la justicia. Costa Rica. 2018
23. García S. USO: Unión Sindical Obrera: Informe violencia de género. España. 2017. Disponible en: <http://www.uso.es/wp-content/uploads/2017/11/INFORME-25N-2017-SON-V%C3%8DCTIMAS-NO-CULPABLES.pdf>
24. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Violencia contra las mujeres: femicidios. Chile. 2017. Disponible en: <https://www.minmujeryeg.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/femicidios/>
25. Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Reformas legales: Leyes que benefician las mujeres. Chile. 2017. Disponible en: <https://www.minmujeryeg.cl/agenda-de-genero/reformas-legales/leyes-que-benefician-a-las-mujeres/>
26. Llumiyinga L y Yamberla L. *Factores que influyen en la violencia de género contra la mujer, visualizada desde informantes comunitarios en la Parroquia de San Juan de Ilumán, cantón Otavalo*. Tesis de posgrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Otavalo- Ecuador (2016).

27. Pinto S y Pravikoff D. Violencia de la pareja, maltrato físico. Enfermería al Día. Glendale, California. 2008.
28. Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería. 2017.
29. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud, resumen. Washington, DC, USA. 2002. Disponible en: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
30. López RM y Peláez S. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Madrid, España. 2012. Disponible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
31. Raile M y Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Séptima Edición. Editorial Elsevier. 2011.
32. Hernández R, Fernández C y Baptista M. Metodología de la investigación. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill Education. 2014.
33. Juárez R y Orlando A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados.
34. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. 2018. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)
35. Martínez, JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. Enfermería Global, revista electrónica trimestral de Enfermería. Vol.10. N°.24. España. 2011. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000400026&lang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000400026&lang=es)

36. Arroyo R. Propuesta de monitoreo de la Ley contra la violencia doméstica en Costa Rica. Poder Judicial de Costa Rica. Costa Rica. 2005. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15259&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15259&Itemid=270&lang=en)
37. Medicina legal de Costa Rica. Revisión bibliográfica: Violencia de pareja y la responsabilidad del personal de salud. Vol. 33. Costa Rica. 2016.
38. Ruiz I, Blanco P y Vives C, violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta Sanitaria. Vol.18. N°5. España. 2004. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500003)
39. Cabrera M y Granero MJ. Enfermería, maltrato de género y presencia de menores: redescubriendo nuestro papel. Enfermería Global, revista electrónica trimestral de Enfermería. N°22. España. 2011. Disponible en: [file:///C:/Users/Andrea/Downloads/124021-491961-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Andrea/Downloads/124021-491961-1-PB%20(1).pdf)
40. González M. violencia intrafamiliar: características descriptivas, factores de riesgo y propuesta de un plan de intervención. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. España. 2012. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/16421/1/T33906.pdf>
41. León T, Grez M, Prato J, Torres R y Ruiz S. violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. Revista Médica. Vol. 142 N°8. Chile. 2014. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000800009&script=sci\\_arttext](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872014000800009&script=sci_arttext)
42. Rangel da Silva L, Dominguez M, Mota T, Rodríguez MA, Meneses IM, Lemos A. el fenómeno de la violencia de género en la mujer a partir de la producción

- científica de enfermería. *Enfermería Global*, revista electrónica trimestral de Enfermería. N°22. España. 2011. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n22/enfermeria2.pdf>
43. Girón S. Trastornos por consumo de alcohol y violencia de género: breve revisión y consideraciones sobre su posible asociación. *Revista Adicción y Ciencia*, 1 (1). España. 2011. Disponible en: [http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/12/iron\\_1\\_1.pdf](http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/12/iron_1_1.pdf)
44. Carrilero S, Martínez JM y Flores MD. Aproximación teórica del profesional enfermero a los dispositivos legales para afrontar la violencia de género. *Enfermería Global*, revista electrónica trimestral de Enfermería. España. 2012. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n27/enfermeria3.pdf>
45. González G y Camacho R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Revista electrónica trimestral de Enfermería. Enfermería Global*. España. 2014. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>
46. Martín D. Violencia por compañero íntimo. Consecuencias en salud, uso de servicios y factores que condicionan su cese. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Psicología. España. 2014. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Dmartin/Documento.pdf>
47. Arnosó M, Arnosó A, Mazkíaran M e Irazu A. Mujer inmigrante y violencia de género: factores de vulnerabilidad y protección social. España. 2012. Disponible en: <https://revistas.upcomillas.es/index.php/revistamigraciones/article/viewFile/912/772>
48. Macías J. Formación en género en los estudios de enfermería: actitud y capacitación para el abordaje de la violencia de género. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla.

- Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. España. 2012. Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=41390>
49. Aliaga P, Ahumada S y Marfull M. Violencia hacia la mujer: un problema de todos. Revista chilena obstétrica. Vol. 68. Chile. 2003. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000100015&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262003000100015&script=sci_arttext&tlng=pt)
50. Estefó S, Mendoza-Parra S y Sáez K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. Revista chilena obstétrica ginecológica; 79(5): 396-407. Chile. 2014. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n5/art07.pdf>
51. Valesco MC. Violencia de pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía. Tesis doctoral, Universidad de Granada. España. 2015. Disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/24703308.pdf>
52. Valenzuela I. La tendencia a la violencia podría ser genética. VIX. Disponible en: <https://www.vix.com/es/btg/curiosidades/7363/la-tendencia-a-la-violencia-podria-ser-genetica>

## **ANEXOS**

## AGRADECIMIENTO

No es válido adquirir el grado de licenciatura sin haber aprendido el valor agradecimiento hacia los demás.

Debido a esto deseo, agradecer de todo corazón a mis padres, por el gran ejemplo que me han dado desde niña, por su apoyo incondicional en cada momento de mi proceso académico, sin duda este logro es para ustedes.

A mis hermanos, por su apoyo y bondad, siempre dispuestos a ayudarme.

A mi prometido, pilar importante en este proceso académico, así como compartimos sueños, te comparto este éxito para celebrarlo juntos.

A mi tutora, Licda. María Madrigal Fernández y a mi lectora MSc. Marcela Castro Méndez, gracias por la paciencia, orientación, conocimiento y apoyo que me brindaron durante el desarrollo de mi tesis.


A mis formadores académicos, eternamente estaré agradecida con cada uno por su disposición, tiempo y consejos.

A las personas que conocí durante el proceso académico, hicieron más liviano y emocionante este camino.

# DECLARACIÓN JURADA

## DECLARACIÓN JURADA

Yo Andrea Noguera Castro, cédula de identidad número 115740242, en condición de egresado de la carrera Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjuicio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de licenciatura en Enfermería titulado “Factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: revisión sistemática de los años 2012 a 2017”, es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; especialmente el numeral 70 de dicha ley en el que se establece “Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original”. Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo en fe de lo anterior en la ciudad de San José a los veintitrés días del mes de mayo del año dos mil dieciocho.

  
115740242

**Firma del estudiante**

**Cédula de identidad**

# CARTAS DE APROBACIÓN TUTORA

## CARTA DEL TUTORA

San José, 23 de mayo 2018.

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante Noguera Castro Andrea, cédula de identidad número 1-1574-0242 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER ADULTA, DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN LOS PAÍSES DE COSTA RICA, ESPAÑA Y CHILE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS AÑOS 2012 A 2017**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

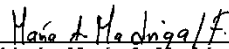
En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19
	TOTAL		94

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**Licda. María A. Madrigal Fernández**  
**Cédula identidad 1-1190-0433**  
**Carné Colegio Profesional E-9020**

# CARTAS DE APROBACIÓN LECTORA

## CARTA DE LA LECTORA

San José, 10 de julio 2018.

**Máster Vanessa Aguilar Zeledón**  
**Sub-Directora Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante, **Andrea Noguera Castro**, cédula **1-1574-0242** me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER ADULTA, DESDE LA PERSPECTIVA DE ENFERMERÍA EN LOS PAÍSES DE COSTA RICA, ESPAÑA Y CHILE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS AÑOS 2012 A 2017”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	18
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	18
	TOTAL		90%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura al filólogo(a).

Atentamente,

  
**MSc. Marcela Castro Méndez**  
**Cédula Identidad 1-1034-0377**  
**Carné Colegio Profesional E-4705**

# CARTAS DE APROBACIÓN FILÓLOGO

San José, 17 de julio, 2018

MSc. Zaida Rodríguez

Directora de la Carrera de Enfermería

Universidad Hispanoamericana

Leí y corregí el Trabajo Final de Graduación: "Factores de riesgo asociados a la violencia hacia la mujer adulta, desde la perspectiva de enfermería en los países de Costa Rica, España y Chile: Revisión Sistemática de los años 2012 a 2017", elaborado por la estudiante Andrea Noguera Castro, cédula 1-1574-0242, para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

Corregí el trabajo en aspectos, tales como: construcción de párrafos, vicios del lenguaje que se trasladan a lo escrito, ortografía, puntuación y otros relacionados con el campo filológico, y desde ese punto de vista considero que está listo para ser presentado como Trabajo Final de Graduación, por cuanto cumple con los requisitos establecidos por la Universidad Hispanoamericana.

Atentamente,

  
MSc. Edgar Rojas González

Carné 2443

Teléfono: 88822158

Correo: edgarrojasg27@gmail.com