



**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CICLO DE LICENCIATURA DE ENFERMERIA**

# **Violencia Intrafamiliar**

## **Autores**

**Aguilera, Gabriela**

**Pérez Garate, Fabiana**

**Ortiz, Rosa**

**Abril, 2008**

## Índice

Introducción.....	1-3
Planteamiento del problema.....	3-7
Hipótesis.....	8
Justificación.....	9-11
Objetivos.....	12
Marco teórico	
<i>Valoración de enfermería.....</i>	<i>13-15</i>
<i>La violencia.....</i>	<i>16-19</i>
<i>La familia.....</i>	<i>20-23</i>
<i>La violencia en la familia.....</i>	<i>24-26</i>
<i>Maltrato y distintos tipos de abuso infantil.....</i>	<i>27-40</i>
<i>Violencia conyugal.....</i>	<i>41</i>
<i>Maltrato de ancianos.....</i>	<i>42</i>
<i>Algunos mitos con respecto a la violencia familiar.....</i>	<i>42-43</i>
<i>A modo de síntesis.....</i>	<i>44-46</i>
<i>Abordaje interdisciplinario de la mujer maltratada.....</i>	<i>46-57</i>
<i>Equipo interdisciplinario.....</i>	<i>57-58</i>
<i>Abordaje GAR del Hospital Gral. Las Heras.....</i>	<i>58-68</i>

<i>Definición conceptual y Operación de las variables</i> .....	69
Diseño Metodológico.....	70
Análisis de datos	
<i>Tablas</i> .....	72-78
Presentación de Resultado	
<i>Gráficos</i> .....	80-86
Conclusión.....	87-88
Recomendaciones.....	89
Bibliografía.....	90
Anexos	
Anexos 1.....	92
Anexos 2.....	93
Anexos 3.....	94
Anexos 4.....	95
Anexos 5.....	96
Anexos 6.....	97
Anexos 7 (Matriz de datos).....	98
Anexos 8.....	

## **Introducción**

### **Violencia Familiar**

El fenómeno de la violencia familiar y el maltrato dentro del ámbito familiar no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica de la vida familiar tolerada, aceptada desde tiempos remotos. Sin embargo, algunas décadas atrás, expresiones tales como “niños maltratados”, “mujeres golpeadas” o “abuso sexual” tal vez habrían sido comprendidas, pero consideradas como sinónimo de graves problemas sociales.

Hacia fines del siglo XIX, factores como la industrialización, urbanización y la inmigración contribuían a la emergencia de nuevos problemas sociales, a la intensificación de los ya existentes y a nuevas formas de conciencia pública acerca de ellos. La incipiente difusión de pensadores liberales contribuía a la emergencia de sentimientos de responsabilidad social.

También nació el movimiento feminista que, desde el comienzo, impulsó iniciativas en el orden de las reformas sociales.

En el aquel momento, la principal causa de inquietud era la explotación de niños en el ámbito laboral. De ahí que se fueran gestando las primeras leyes

tendientes a asegurar la protección de la infancia. Los tímidos intentos por lograr medidas similares para el maltrato hacía la mujer resultaron infructuosos.

La *violencia familiar* comenzó a tematizarse como problema social grave a comienzos de los años 60, cuando algunos autores describieron el “síndrome del niño golpeado”, redefiniendo los malos tratos hacia los niños.

El tratamiento periodístico de estos casos, en una época en que los medios de comunicación comenzaban a mostrar su poder de penetración, contribuyó a generar un incremento de la conciencia pública sobre un problema.

En el comienzo de los años 70, la creciente influencia del movimiento feminista resultó decisiva para atraer la atención de la sociedad sobre las formas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres.

Progresivamente, se comenzó a descorrer el velo sobre otros fenómenos mucho más extendidos de lo que se creía: por ejemplo, el abuso sexual de los niños y las diversas formas de maltrato hacia los ancianos.

Hasta no hace mucho tiempo, la violencia familiar era considerada como un fenómeno poco frecuente, catalogado como anormal y atribuido a personas con trastornos psicopatológicos. Sin embargo, la mayoría de los trabajos de investigación realizada en los últimos veinte años nos demuestran que la violencia y el maltrato en la familia son fenómenos “normales” desde un punto de vista estadístico a cuya definición, como una formación cultural apoyada en valores, contribuyen mitos, creencias y estereotipos firmemente arraigados en la sociedad.

En este trabajo nos proponemos examinar los conceptos básicos que permiten acercarnos al problema de la violencia familiar desde el *conocimiento* de los factores que intervienen en su producción, con el objetivo de revisar las *opiniones* que frecuentemente circulan respecto de esta tema.

### **Planteamiento del Problema**

¿Los enfermeros del Hospital General Las Heras de Tupungato, Mendoza, están capacitados para el abordaje de casos de violencia intrafamiliar entre el 21/12/07 hasta 15/02/08?

Del mismo modo que cualquier clasificación o esquematización, la que proponemos tiene la desventaja de simplificar la realidad, que suele ser más compleja. No obstante, teniendo en cuenta que a menudo estas formas se dan combinadas, surge a primera vista un hecho importante para ser subrayado: los distintos tipos de violencia interpersonal tienen un elemento común: el efecto de daño emocional, concepto que será retomado mas adelante.

La violencia y el maltrato dentro de la familia no es un fenómeno aislado, como durante tanto tiempo nos empeñamos en creer. Diversos estudios estadísticos desafían nuestra incredulidad: alrededor del 50% de las familias sufre o ha sufrido alguna de las formas con las cuales se manifiesta el problema.

Si bien existen los casos de hombres maltratados por sus esposas o compañeras, representan el 2% del total de casos de adultos víctimas del asunto.

La violencia familiar representa un grave problema social, ya que se estima que alrededor de un 48% de las familias sufre o ha sufrido alguna forma de violencia en el departamento de Tupungato.

Comprenderlo como un problema social implica cuestionar la creencia bastante común de lo que sucede dentro del ámbito de la familia es una cuestión absolutamente privada. Esta afirmación deja de tener validez si consideramos que cualquier acto de violencia de una persona contra otra constituye un crimen, independientemente de que ocurra en la calle o dentro de la casa. Pero, además, hay otras razones para dejar de considerarlo como un “problema privado”:

Las personas sometidas a situaciones crónicas de violencia dentro del hogar presentan una debilitación gradual de sus defensas físicas y psicológicas, lo cual se traduce en un incremento de los problemas de salud (enfermedades psicosomáticas, depresión, etc.)

También se registra una marcada disminución en el rendimiento laboral (ausentismo, dificultades en la concentración, etc.)

Los niños y adolescentes, que son víctimas o testigos de la violencia intrafamiliar, frecuentemente representan trastornos de conducta escolar y dificultades en el aprendizaje.

Los niños, que aprenden en su hogar modelos de relación violentos, tienden a reproducirlos en futuras relaciones, perpetuando así el problema.

Un alto porcentaje de menores con conductas delictivas proviene de hogares donde han sido víctimas o testigos de violencia crónica.

Un alto porcentaje de asesinatos y lesiones graves ocurridos entre miembros de una familia con el desenlace de situaciones crónicas de violencia doméstica.

Estas son algunas razones por las cuales el problema de violencia familiar no puede seguir siendo entendido como una cuestión privada, ya que la salud, el trabajo, la seguridad son cuestiones públicas y comunitarias. Por lo tanto, un factor potencialmente perturbador para todas estas áreas debe ser considerado como un problema que nos afecta a todos, en cuantos integrantes de una comunidad.

Si nos adelantamos a la realidad, encontraremos un fenómeno complejo, multifacético y extendido: violencia conyugal, maltrato infantil, abuso sexual intrafamiliar, maltrato a ancianos y a discapacitados son algunas de sus manifestaciones más frecuentes. Lo encontraremos en todas las clases sociales y en todos los niveles socioeducativos. Adopta diversas formas: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual, abandono y negligencia.

Es probable que la violencia familiar sea un valor cultural con raíces profundas, que caracteriza la relación entre los más fuertes y los más débiles desde tiempos remotos en la sociedad occidental. El análisis histórico de este grave problema social revela, más bien, que se trata de un comportamiento

aprendido que se transmite de una generación a otra a través de canales habituales, la familia, el juego, el deporte, las instituciones educativas y últimamente, con el poderoso esfuerzo de los medios masivos de comunicación.

En lo que respecta a la investigación, asistencia y prevención de la violencia familiar, los países anglosajones tomaron la iniciativa y han venido produciendo conocimientos sobre el fenómeno y generando políticas gubernamentales y no gubernamentales para dar una respuesta al problema.

Se han ido generando algunos sectores profesionales al interés de conocer la especificidad del fenómeno, a partir del conocimiento de que las respuestas habituales desde los discursos médicos, jurídicos, psicológicos y sociales no eran suficientes para abarcar la complejidad del problema.

El problema crucial que hemos detectado es la inadecuación de las formaciones previas de los profesionales de diversas disciplinas que integran los equipos de asistencia y prevención. Dichos profesionales, del mismo modo que otras personas e instituciones, suelen sostener un conjunto de creencias erróneas o mitos respecto de la violencia familiar (muchos derivados de sus propios marcos conceptuales), que funcionan como obstáculos para la eficacia del trabajo asistencial o preventivo.

El fenómeno de la “doble victimización”, descrito por numeroso autores, se vuelve evidente cuando médicos, psicólogos, abogados, jueces, asistentes sociales, enfermeros profesionales investigan la “culpabilidad” de las víctimas de abuso y maltrato.

Creemos que cuanto mayor sea el número de profesionales capacitados para difundir, concienciar, educar a la comunidad y realizar diagnósticos tempranos, los recursos comunitarios se multiplicarán y se potenciará la eficacia preventiva a la cual aspiramos. Con las variaciones culturales obvias, este ciclo y esta escala de violencia conyugal se dan en todas las latitudes, en todas las clases sociales, en personas de distintos niveles educativos. La única forma de cortar el ciclo y la escala de violencia es a través de la intervención externa. Según los casos, esta intervención externa esta dada por familiares, amigos, médicos, educadores, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros, abogados, policías, etc., los tribunales, la iglesia, etc.

## **Hipótesis**

Los enfermeros del hospital General Las Heras de Tupungato no están capacitados para el abordaje de violencia intrafamiliar.

## **Justificación**

La violencia y el maltrato de la familia no es un fenómeno aislado, como durante tanto tiempo nos empeñamos en creer.

Por ser profesionales de la salud nos resulta urgente comprender los antecedentes inmediatos y las consecuencias psicológicas y sociales del fenómeno.

Los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz de resolver conflictos interpersonales, especialmente si la han padecido dentro del hogar, ya sea como víctimas o como testigos. La violencia se transforma en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales.

De ningún modo podemos reducir nuestra comprensión del problema a variables culturales o psicológicas. Una respuesta más abarcativa debe considerar variables de diversas ordenes: políticas, económicas, jurídicas, sociales, etc. Más allá de esta complejidad casual, esta lo irrefutable: el fenómeno existe y representa un grave problema social.

Nuestro hospital funciona como receptor de los casos de violencia de toda la región, dicha región esta compuesta por los departamentos de Tunuyán, Tupungato y San Carlos (provincia de Mendoza) es denominada Región de Valle de Uco. En promedio esta región se encuentra a una distancia

de 90 Km. de la ciudad capital de Mendoza, cuya vinculación mas importante a la misma es la ruta 40.

La principal actividad económica es la agricultura, y la principal forma de relación laboral dentro de esta actividad es el “contrato temporario”

En cuanto a los niveles de ocupación se puede decir que la población ocupada es del 31,60% (según datos del censo 2001), en cuanto a la población ocupada por el tipo de empleo y según el máximo nivel de 42%, existe una alta relación entre el total de población ocupada y la cantidad de obreros o empleados con bajo nivel educativo (analfabetos, primario y secundario incompleto) en el ámbito privado, en su mayoría.

Respecto al nivel educativo de la población mayor de 15 años, un 5,14% de este no posee instrucción, en cuanto al nivel primario incompleto y completo, representa un %59,58% de la población con un nivel medio de educación. Ahora si nos referimos al nivel secundario completo e incompleto el 31%. Los estudios superior (terciario) completo o estudios superior universitario completo solo un 5%. Entonces cabe destacar que un 74,3% de la población no ha completado sus estudios de nivel secundario.

Dentro de esta región se ha producido en los últimos tiempos un proceso de despoblamiento del campo de zona rural, paralelo a ello han surgido nuevas problemáticas vinculadas al movimiento migratorio interno (conformación continua y acelerada de asentamientos de emergencia en los cinturones periféricos de las villas cabeceras de los departamentos)

En términos de representatividad de la pobreza (NBI), la región tiene 19% de hogares con NBI que representan un 21% del total de la población de la región, es decir 20.849 personas se encuentran dentro de esta situación.

Cantidad de casos ingresados al programa de Prevención del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia. Año 2005

<b>Departamento</b>	<b>Efectores</b>	<b>Casos 2005</b>	<b>Prestaciones</b>
		<b>(N)</b>	<b>(N)</b>
<b>Tupungato</b>	<b>Hospital General Las Heras</b>	<b>248</b>	<b>4464</b>

## **Objetivos**

### **Objetivo General:**

Identificar si el personal de Enfermería del Hospital General Las Heras del departamento de Tupungato, Mendoza, desde el 21/12/07 hasta 15/02/08 cuenta con las herramientas necesarias para el abordaje de casos de Violencia Intrafamiliar.

### **Objetivos Específicos:**

- Reconocer que conocimientos posee el personal de Enfermería del Hospital General Las Heras de Tupungato sobre violencia intrafamiliar.
- Verificar si los casos de violencia varían según la formación del personal.

## **Marco teórico**

### **Valoración de enfermería**

La valoración como sabemos, es la fase del proceso de enfermería destinada a la recolección de información de datos relativos al usuario y su entorno. Su objetivo es desarrollar medidas asistenciales apropiadas y eficaces para la práctica en el tema de violencia intrafamiliar permitiendo obtener el propósito de nuestra intervención.

### **Valoración de Urgencia:**

El objetivo es definir la naturaleza de la emergencia e intervenir rápidamente viendo al tema desde el punto de vista profesional. La intervención vendrá determinada por la capacidad de riesgo para la persona o terceros y la decisión del equipo asistencia.

Las situaciones más habituales por las que se puede acudir a urgencias, con los respectivos daños o secuelas del abuso físico, psíquico y mental son las siguientes:

- Golpes o magullones en algún punto del cuerpo.

- Quemaduras, lesiones graves o leves.
- Falta de higiene, mal vestido, tristeza, apatía (principalmente en niños)
- Talla y peso por debajo del porcentaje y déficit nutricional.
- Falta de interacción madre — hijo.
- Desarrollo no acorde a la edad cronológica.

En este tipo de valoración se utilizan documentos abiertos donde consta el motivo de la urgencia, el nivel de riesgo y la intervención elegida.

### **Elementos de la valoración**

En todo proceso de valoración realizado en el contexto de violencia intrafamiliar, se prestará atención a tres ejes fundamentales:

- 1-La persona, a través de todos los indicadores de de violencia que presente en el ciclo vital.
- 2-La familia o personas con las que asiste al hospital y que se relaciona al paciente.
- 3-El entorno, incluyendo en él las variables personales como las físicas y ambientales.

### **Habilidades y recursos**

La relación enfermero-paciente es uno de los principales objetivos o instrumentos para la ayuda en el contexto de violencia intrafamiliar. El personal de enfermería establece conscientemente una conexión con el paciente para ayudarlo a manejarse con sus necesidades vitales específicas.

Las habilidades esenciales que debe tener la enfermera para establecer una relación de ayuda fructífera son las siguientes:

- **Aceptación:** aceptar al paciente tal y como es y con su problemática.
- **Conocimiento:** acerca de los aspectos legales y sus procedimientos.
- **Conexión:** (rapport) interés activo por su bienestar.
- **Autenticidad:** implica honestidad y estar activamente involucrado en su bienestar.
- **Empleo terapéutico de si mismo:** es la manera de interactuar, atender y animar a los demás. Para esto son importantes dos ideas básicas: a) sentirse bien con uno mismo, b) esforzarse por entender como afectan a otras personas nuestros actos, gestos y expresiones.

## LA VIOLENCIA

La ausencia de una clara discriminación conceptual entre éstos términos introduce confusiones a la hora de discutir las bases teóricas del problema de la violencia familiar.

### ***Conflicto:***

Es un término que alude a factores que se oponen entre si. Puede referir a contrastes intra o interpersonales; en este caso, nos interesa centrarnos en estos últimos.

Los conflictos interpersonales son uno de los resultados posibles de la interacción social, como expresión de la diferencia de intereses, deseos y valores. Es un factor participante en cualquier agrupamiento humano, numerosos autores han señalado que el conflicto es un factor de crecimiento, en tanto su resolución implica un trabajo orientado a la obtención de un nuevo equilibrio, más estable que el anterior.

Los conflictos interpersonales suelen traducirse en situaciones de confrontación, de competencia, de queja, de lucha, de disputa y su resolución a favor de una u otra parte se relacionan con la autoridad, el poder, la aptitud, la capacidad, la habilidad, etc.

La familia, en tanto grupo humano, es un medio especialmente propicio para la emergencia de conflictos entre sus miembros. A partir de los años 70 los investigadores sociales comenzaron a revisar el concepto de conflicto familiar como sinónimo de “anormalidad”, destacando que el conflicto puede expresarse bajo formas muy disímiles, siendo la resolución violenta solo una entre ellas.

Las distintas etapas evolutivas por las que atraviesa la familia favorecen en la emergencia de diferentes y sucesivos tipos de conflicto. Algunos de ellos se resuelven sin ayuda externa; otros la requieren.

***Agresividad:***

Es la capacidad humana para “oponer resistencia” a las influencias del medio.

No es un concepto valorativo, sino descriptivo. Por lo tanto no es ni buena ni mala:

Forma parte de la experiencia humana y tiene, siempre, una dimensión interpersonal.

***Agresión:***

Es la conducta mediante la cual la potencialidad agresiva se pone en acto. Las formas que adopta son disímiles: motoras, verbales, gestuales, posturales, etc. Dado que toda conducta es comunicación, lo esencial de la agresión es que comunica un significado agresivo. Por lo tanto, tiene un origen (agresor) y un destino (agredido).

Puede tratarse de una auto-agresión o de una hetero-agresión: siempre existe una direccionalidad. También deben cumplir con otro requisito: la intencionalidad, es decir, intención, por parte del agresor, de ocasionar un daño.

***Violencia:***

La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño. Es una forma de ejercicio del poder mediante el empleo de la fuerza (ya sea física, psicológica, económica, política...).

El empleo de la fuerza se constituye, así, en un método posible para la resolución de conflictos interpersonales, como un intento de doblegar la voluntad del otro, de anularlo, precisamente, en su calidad de “otro”, implica una búsqueda de eliminar los obstáculos que se oponen al propio ejercicio del poder.

Para que la conducta violenta sea posible, tiene que darse una condición: la existencia de un cierto desequilibrio de poder, que puede estar definido culturalmente o por el contexto, o producido por maniobras interpersonales de control de la relación.

El desequilibrio de poder puede ser permanente o momentáneo: en el primer caso la definición de la relación esta claramente establecido por normas culturales, institucionales, etc.; en el segundo caso, se debe a contingencias ocasionales.

En el ámbito de las relaciones interpersonales, la conducta violenta es sinónimo de abuso de poder, en tanto y en cuanto el poder es utilizado para ocasionar daño a otra persona. Es por eso que un vínculo caracterizado por el ejercicio de la violencia de una persona hacia otra se denomina *relación de abuso*.

Por daño debe entenderse cualquier tipo y grado de menoscabo para la integridad del otro.

El desequilibrio de poder en el que se basa toda relación de abuso no es necesariamente objetivable para un observador externo. A menudo, es el producto de una construcción de significados que solo resulta comprensible desde los códigos interpersonales.

A diferencia de la conducta agresiva la conducta violenta no es con la intención de causar un daño a otra persona, aunque habitualmente lo ocasione. El objetivo último de la conducta violenta es someter al otro mediante el uso de la fuerza.

El daño se produce, pero no constituye la motivación esencial de la conducta violenta. La frase "yo no quería hacerle daño, yo solo quería que me entendiera". En este caso, "que me entienda" es sinónimo de "que me obedezca". Una vez más la fuerza es utilizada para someter, doblegar, subordinar.

## LA FAMILIA

Encontramos definiciones del concepto familia en textos de antropología, sociología, derecho, Psicología, etc. En la mayoría de ellos se establece la distinción entre familia extensa y familia nuclear. También se enumeran las funciones fundamentales de estos núcleos humanos: cooperación económica, socialización, reproducción, relación sexual.

Para poder aproximarnos al estudio de la familia como entorno real, necesitamos revisar las nociones míticas que hemos aprendido desde los cuentos infantiles y los textos escolares, que muestran a la familia como lugar ideal, de realización efectiva, comprensión recíproca y seguridad.

Por el contrario, los datos empíricos muestran a la familia, por sus características de intimidad, privacidad y creciente aislamiento, como una organización que tiende a ser conflictiva.

El conflicto, que parece inherente a la vida de la familia, no genera necesariamente la violencia; podríamos decir, que por el contrario, negar lo inevitable del conflicto es lo que muchas veces contribuye a la aparición de la violencia.

## **Factores que incrementan el riesgo potencial dentro de una familia: el riesgo de violencia**

1. La duración del período de riesgo; es decir, la cantidad de tiempo que los miembros de una familia están juntos.
2. La gama de actividades y temas de interés; la interacción entre los miembros de una familia se produce en una multiplicidad de contextos.
3. La intensidad de los vínculos interpersonales.
4. Los conflictos de actividades; es decir, las diferencias de opinión en las decisiones que afectan a todos los miembros.
5. El derecho culturalmente adquirido a influir en los valores, los comportamientos y las actitudes de los otros miembros de la familia.
6. Las diferencias de edad y sexo.
7. Los roles atribuidos, en función de la edad y el sexo.
8. El carácter privado del medio familiar.
9. La pertenencia involuntaria; es decir, el hecho de no haber elegido esa familia.
10. El estrés atribuible al ciclo vital, los cambios socioeconómicos y otros.
11. El conocimiento íntimo de la vida de cada uno de los otros miembros, de sus puntos débiles, de sus temores y preferencias.

Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la familia y transforma al conflicto, inherente a toda interacción, en un factor de riesgo para la violencia.

La conceptualización de la familia como entorno propicio para las interacciones violentas, analizando dos variables: el poder y el género.

Ambas categorías aluden a una particular organización jerárquica de la familia. En ella la estructura del poder tiende a ser vertical, según criterios de género y edad. Así, el concepto de “jefe de familia” corresponde con la categoría “varón adulto”, la cúspide del poder familiar se halla vinculada al género.

Verticalidad, disciplina, obediencia, jerarquía, respeto, castigo son elementos indispensables para la organización de instituciones militares, dentro de las cuales resultan funcionales.

Cuándo estos fundamentos sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares encontramos algunas de la siguientes “leyes”, implícitas pero sancionables:

- “Los hijos deben respeto a los mayores”.
- “La mujer debe seguir al marido”.
- “Los hijos deben obedecer a sus padres”.
- “El padre debe mantener el hogar”.
- “El padre es el que impone la ley”.
- “Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas”.

La naturalidad con que estas premisas son aceptadas, e incluso prescriptas desde ciertos sectores profesionales, nos dicen de la coherencia de este modelo autoritario familia, definido globalmente como “cultura patriarcal”.

Una de las características esta legalidad es la unidireccionalidad: el concepto de respeto no es entendido como una categoría que requiere reciprocidad sino que es definido a partir de una estructura de poder en la cual la dirección establecida es desde “abajo” hacia “arriba”.

La aceptación estricta de esta “normativa” legítima diversa forma de abuso intrafamiliar. Por ejemplo los niños abusados sexualmente son una consecuencia la aceptación de las normas acerca de la obediencia y el respeto que les deben a los mayores.

En una estructura vertical, se suele poner el acento en las obligaciones, mas que los derechos de los miembros.

Preliminarmente, podemos afirmar que la evaluación y el potencial de violencia una familia requiere la reconsideración de los siguientes elementos:

- Grado de verticalidad de la estructura familiar.
- Grado de rigidez de las jerarquías.
- Creencias en tomo de la obediencia y el respeto.
- Creencias en tomo de la disciplina y del valor del castigo.
- Grado de adhesión a los estereotipos de géneros.
- Grado de autonomía relativa de los miembros.

La utilización de las distintas formas de violencia intrafamiliar -abuso físico, emocional o sexual- supone el empleo de la fuerza para controlar la relación, y habitualmente se ejerce desde el más fuerte hacia los más débiles, por eso la violencia entendida como un emergente de las relaciones del poder dentro de una familia.

### **La violencia en la familia.**

El término **violencia familiar** alude a todas las formas de abuso que tiene lugar en las relaciones entre los miembros de una familia.

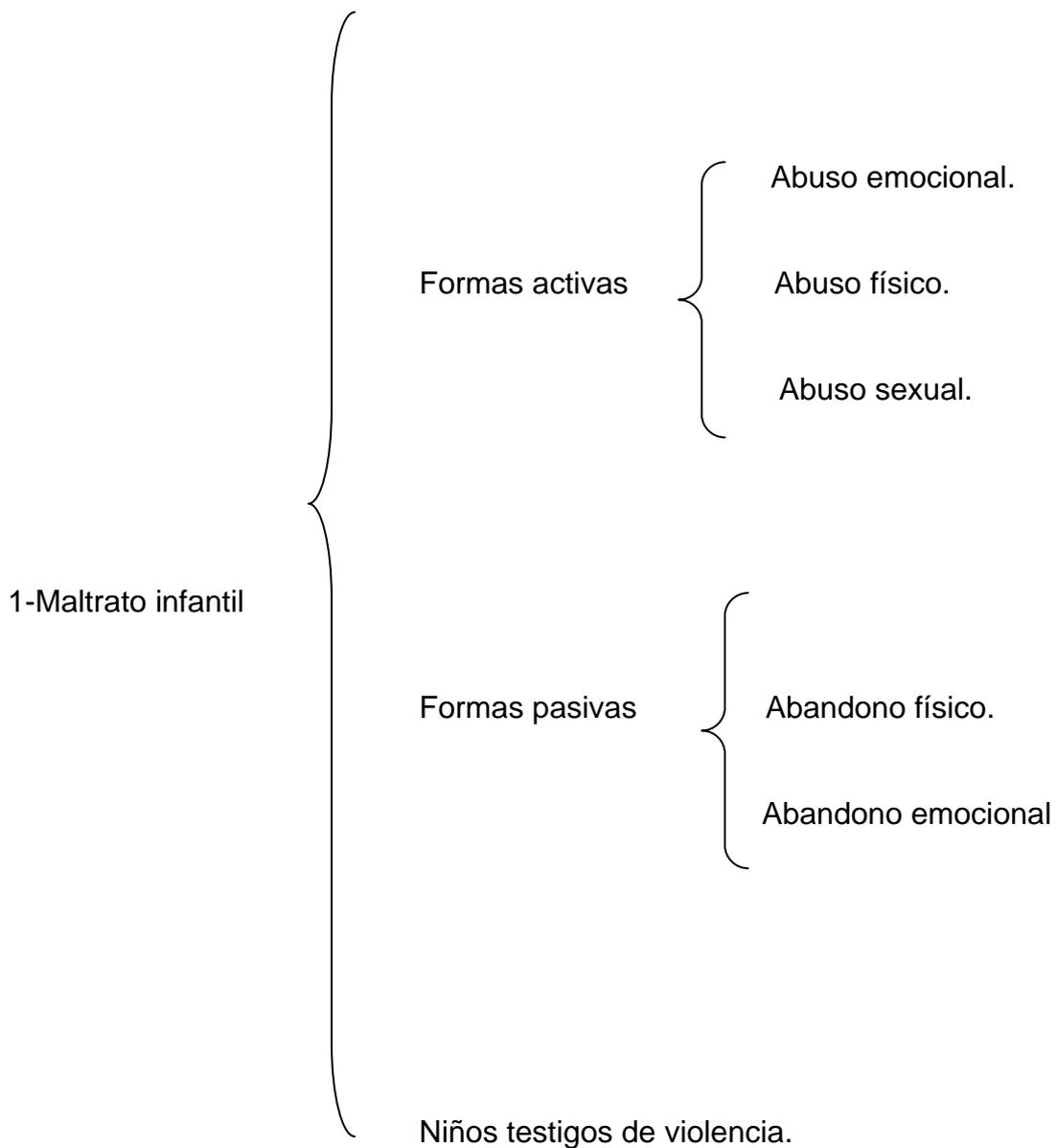
Se denomina relación de abuso a aquella forma de interacción que, enmarcada en un contexto de desequilibrio de poder, incluye conducta de una de las partes que, por acción o por omisión ocasionan daño físico y/o psicológico a otro miembro de relación. Para poder definir una situación familiar como un caso de violencia familiar, la relación de abuso debe ser crónica, permanente o periódica.

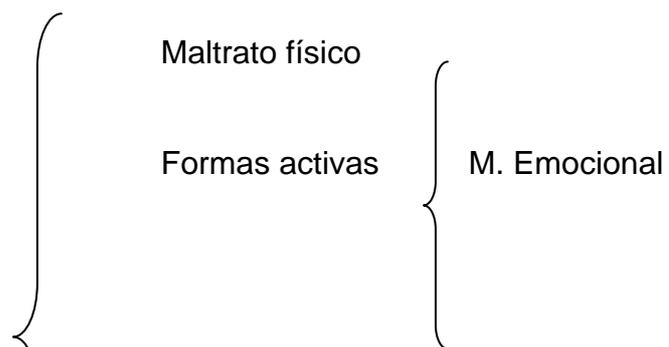
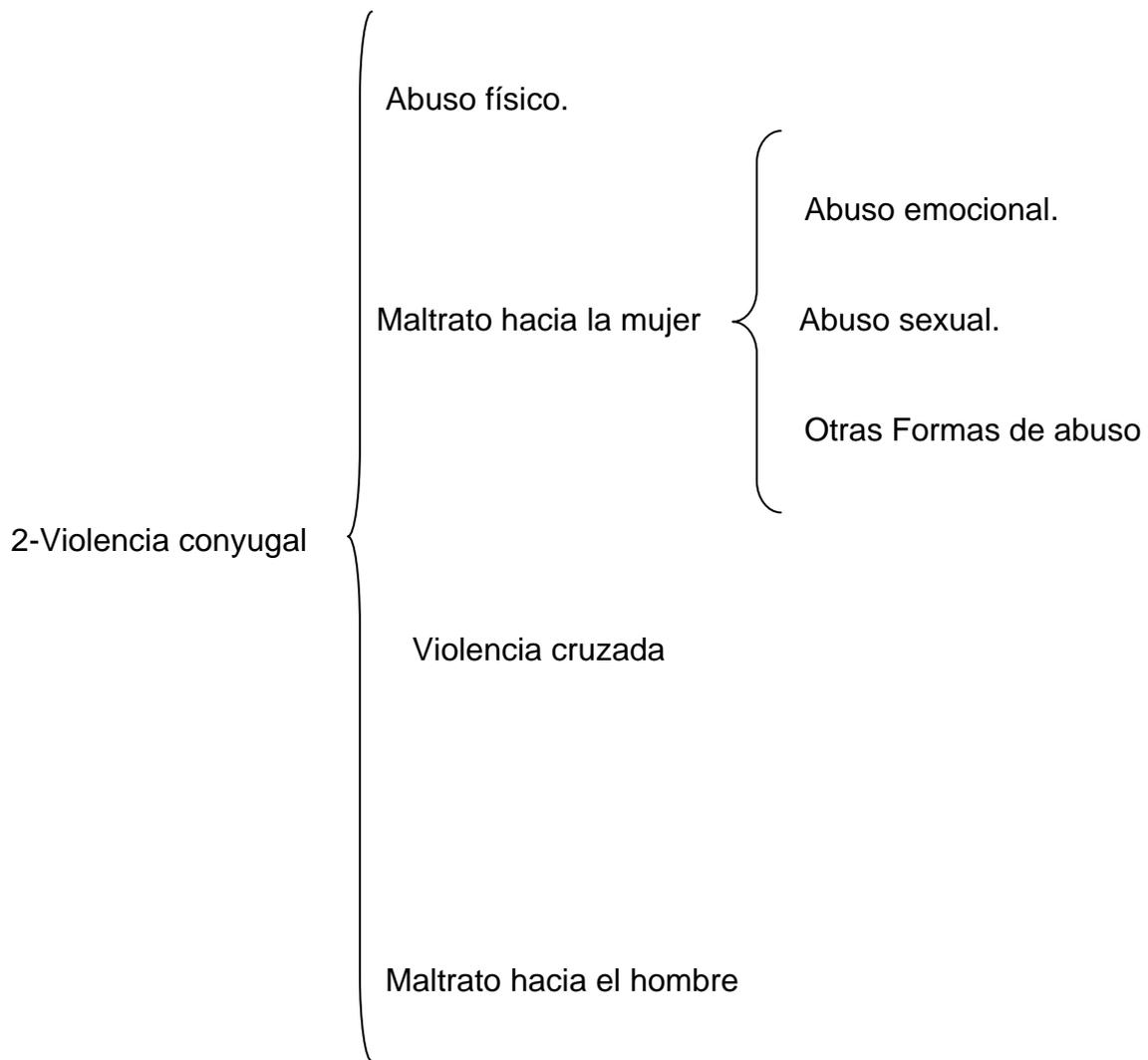
Cualquier miembro de la familia, independientemente de su raza, sexo y edad, puede ser agente o víctima de la relación abusiva. Sin embargo, las cifras estadísticas son elocuentes: es el adulto masculino quien con más frecuencia utiliza las distintas formas de abuso y son las mujeres y los niños las víctimas más comunes de este abuso. Para definir los distintos casos de violencia familiar es necesario responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quién es la víctima del maltrato?

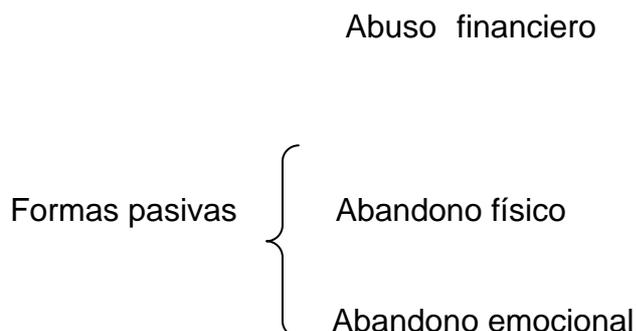
- ¿Cuál es el tipo de abuso que predomina?
- ¿Se trata de maltrato unidireccional o recíproco?
- ¿Se trata de maltrato activo o pasivo?

Las respuestas a estas preguntas permiten delimitar las siguientes categorías de violencia familiar:





### 3-Maltrato de ancianos



### **Maltrato y distintos tipo de abuso infantil.**

A partir de su definición como problema social, se ha generado una creciente demanda de legislación para proteger al niño, como también programas de entrenamiento para profesionales y de tratamiento para perpetradores y víctimas.

El factor común que subyace en todas las formas de maltrato es el abuso de poder o autoridad.

El maltrato infantil es un problema muy complejo, ya que algunas formas de abuso son más difíciles de detectar que otras.

Es cualquier acción u omisión, no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores. Pero esta definición engloba diferentes tipos de maltrato.

El niño es uno de los que mas sufre de los distintos tipos de violencia y abusos, es decir, el niño es un elemento formado en la estructura social, y a su vez, la estructura social modela a la familia y al propio niño.

Los factores de riesgo son aquellas condiciones del niño, su familia u otros grupos sociales, en el que se desenvuelve, así como el entorno macro-social y en su conjunto, que influye en el fenómeno, aumentando la probabilidad de su recurrencia, favoreciendo la participación del maltrato y por lo cual, debemos considerar maltrato infantil a toda acción u omisión que provoca que un trastorno en el desarrollo psicofísico, emocional y social del niño.

Este tiene distintas formas de presentación:

- ***Maltrato emocional o psicológico:***

Se trata de un tipo de crianza donde existen demandas parentales excesivas, no teniendo en cuenta las capacidades y las necesidades del desarrollo de su personalidad y su integración social. Ejemplo: rechazo, indiferencia, desvalorización, aislamiento, tenor, corrupción, presión o descaiga sadomasoquista del adulto.

Las manifestaciones son:

Trastorno de desarrollo, psicósomáticos y funcionales, conductuales, psiquiátricos y neurológicos.

El abuso emocional es el más difícil de identificar y de probar. Insultos, amenazas, descalificaciones, castigos desproporcionados, estos pueden provocar graves daños psicológicos en el niño. Si constantemente escucha que sus padres le dicen “Sos una porquería” o “Sos un inútil”, es probable que

llegue a creerlo y actúe en consecuencia. Algunos indicadores de abuso emocional pueden ser:

- Extrema falta de confianza en sí mismo
- Exagerada necesidad de ganar o sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.

También pueden ejercer el abuso emocional de un modo pasivo, no brindando el afecto, el apoyo, y la valoración que todo niño necesita para crecer psicológicamente sano. Cuanto más temprana sea la conducta de abuso emocional activo o pasivo mayores serán las consecuencias psíquicas en el niño.

El descuido, el abandono y la negligencia en el cuidado físico y psicológico de los niños son otras tantas formas que adopta el multifacético problema del maltrato infantil.

• ***Maltrato por negligencia:***

Consiste en la falta de satisfacción de las necesidades básicas del niño y del adolescente, como es la comida, ropa, albergue, atención o supervisión necesaria para el desarrollo de su personalidad y el crecimiento óptimo, evaluando las posibilidades socio económicas de los adultos responsables.

Las formas clínicas de presentación son:

- Falta de higiene, mal vestido, tristeza, apatía.

- Talla y peso por debajo del porcentaje y déficit nutricional.
- Falta de interacción madre — hijo.
- Desarrollo no acorde a la edad cronológica.
- Mejoría manifiesta y rápida durante su internación.

• ***Maltrato por abuso sexual:***

De todas las formas de abuso, tal vez más difícil de aceptar a reconocer sea el abuso sexual hacia niños.

Este tipo de abuso puede definirse como “contactos o interacciones entre un menor y un adulto, en los que el menor está siendo usado para la gratificación sexual del adulto”. El abuso sexual intrafamiliar ocurre cuando el abusador es parte de la familia (padre, padrastro, hermano mayor, tío, abuelo u otro familiar).

El abuso sexual extrafamiliar por lo común es perpetrado por alguien que el niño conoce: un vecino, un profesor, un profesional, etc.

Una forma particular del abuso sexual es el incesto. El incesto está definido por la ley como el acto sexual entre familiares de sangre tales como padre-hija, hermano-hermana, madre-hijo. Cuanto más cercana sea la relación entre el adulto y el niño, mayor será el daño potencial, ya que el abuso sexual intrafamiliar ocasiona a la víctima importantes daños psicológicos.

Los signos de abuso sexual en niños o adolescentes pueden ser:

- Llanto fácil, por poco o ningún motivo aparente.
- Cambios bruscos en la conducta escolar.
- Llegar temprano a la escuela y retirarse tarde.
- Ausentismo escolar.
- Conducta agresiva, destructiva.
- Depresión crónica, retraimiento.
- Conocimiento sexual y conducta inapropiados para la edad.
- Conducta excesivamente sumisa.
- Irritación, dolor o lesión en zona genital.
- Temor al contacto físico.

Aun cuando no sean indicadores excluyentes de abuso sexual la presencia de varios de ellos es signo de que el niño necesita ayuda.

Incluye cualquier acto, desde un punto de vista psicológico, que presenta una amenaza a la libertad y/o integridad de la sexualidad del menor, sin capacidad de comprensión ni decisión, de parte de éste, respecto al acto. Por ejemplo: caricias, amenazas sexuales o violación, corrupción, estupro, incesto.

- Los indicadores que dan lugar a la sospecha son:
  - Manifestaciones conductuales.
  - Manifestaciones psicósomáticas.
  - Enfermedades venéreas, de transmisión sexual, infecciones urinarias.
  - Lesiones anales y/o vulgares.

• **Maltrato físico:**

Es el uso de la fuerza física por parte de un tercero familiar o no, interactuando con el niño o adolescente, con el objeto de castigarlo. Es daño físico intencional, no accidental, que ocasiona lesiones diversas, hematomas, fracturas, quemaduras, mordeduras, etc.

- Se tiene en cuenta los siguientes indicadores:
- Versión contradictoria entre el relato de los padres y las lesiones que presenta el niño.
- Retraso en la búsqueda de asistencia médica (bajo nivel de alarmas).  
Lesiones en la piel, hematomas, contusiones, mordeduras, quemaduras.  
Lesiones esqueléticas.
- Concurrencia de otras lesiones esqueléticas en diferentes estados evolutivos.

El abuso físico es cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño.

Puede incluir hematomas, cortaduras, quemaduras, fracturas y/o lesiones internas. Los signos de abuso físico en un niño pueden ser algunos de los siguientes:

- Hematomas y contusiones inexplicables.
- Un cierto número de cicatrices.
- Marcas de quemaduras.
- Fracturas inexplicables o antiguas fracturas ya soldadas.
- Marcas de mordeduras de la medida de un adulto.

Éstos son solo algunos de los signos más evidentes, pero existen otros menos visibles.

El abuso físico de los niños se manifiesta en todos los grupos étnicos, religiosos, económicos y culturales.

No hay un único motivo, sino más bien una combinación de condiciones y factores determinantes, que permite explicar el maltrato hacia el niño.

Dichos factores varían ampliamente de un individuo a otro y ninguno, por sí mismo, puede identificar a un abusador potencial. Las condiciones que predisponen incluyen una historia de abuso en familia de origen, sentimientos de inferioridad y baja autoestima, necesidad de control sobre el entorno, etc.

Los factores precipitantes pueden adoptar prácticamente cualquier forma que sea percibida por el adulto como amenaza a su control sobre la situación. A menudo las crisis tienen que ver con situaciones familiares, pero también se pueden relacionar con contrariedades laborales o económicas, frustraciones o desilusiones, etc., que refuercen el ataque a la autoestima.

El maltrato es la consecuencia de un déficit en la comprensión, por parte del adulto, de las reales posibilidades evolutivas del niño. Los padres o cuidadores pueden tener expectativas irreales respecto del niño y, por lo tanto, cualquier conducta normal para la edad puede convertirse en irritable y desencadenante maltrato.

Los niños que han sido maltratados necesitan ayuda para no repetir el esquema de abuso con otras personas. Si no reciben ayuda adecuada para

aprender a resolver de otro modo sus problemas, pueden convertirse ellos mismos en adultos abusadores

- ***Síndrome de Munchausen's By Proxy:***

Se manifiesta cuando un adulto (padre o cuidador) modifica o crea los síntomas o signos del niño con el objeto de ocultar el maltrato, confundiendo al médico tratante, por lo cual se le somete a costosas, peligrosas y/o traumáticas maniobras diagnósticas y terapéuticas.

- ***Abuso Institucional:***

Es muy difícil de detectar el Abuso Institucional:

Consiste en la adopción y/u omisión culposa de normas, técnicas, procedimientos, o cualquier tipo de acciones por parte de las instituciones públicas o privadas, que impliquen algún riesgo físico o emocional para el niño o adolescente confiados a su cuidado.

Quizás mejor que una definición sobre un niño/a abusado es que demos una descripción de las características que probablemente muestren por los chicos abusados o abandonados. En general, probablemente un chico abusado o descuidado o abandonado tenga varias de las siguientes características:

- Parecen ser diferentes de otros chicos en la formación física y emocional, o sus padres, inapropiadamente, los describen como siendo diferentes o malos.

- Parecen indudablemente temerosos de sus padres.

- Pueden evidenciar marcas, cicatrices, heridas no tratadas u otros daños en la piel.

- Sus heridas parecen estar inadecuadamente tratadas.

- Muestran evidencia de pobre cuidado y supervisión.

- Se les da inapropiados alimentos, bebidas o medicación.

- Muestran extremos conductuales: por ejemplo, lloran a menudo, o lloran muy poco, y no muestran una expectativa real de ser confortados y consolados; son excesivamente temerosos, o aparentan no temer por el contrario a la autoridad adulta; suelen ser o extremadamente agresivos y destructivos, o extremadamente pasivos y retraídos.

- Algunos son temerosos del contacto físico, especialmente cuando éste es iniciado por un adulto; se ponen aprehensivos cuando un adulto se aproxima a otro chico, particularmente a uno que está llorando. Otros son especialmente “hambrientos” de afecto, y sin embargo puede tener dificultad para relacionarse con otros niños y adultos. Basados en sus experiencias pasadas, estos niños no pueden correr el riesgo de acercarse mucho a los demás, temiendo una frustración ante el abandono.

- Pueden exhibir cambios repentinos en la conducta: por ejemplo, despliegan conducta regresiva, tal como mojarse los pantalones, chuparse el pulgar, irruptivo o inacostumbradamente tímido y pasivo.

- Asumen el rol de sus padres, siendo protectores o de alguna manera tratando de cuidar las necesidades de sus padres.
- Tiene problemas de aprendizaje que no pueden ser diagnosticado.
- Generalmente faltan a la escuela. Ausencias frecuentes o prolongadas generalmente son resultado que el padre o la madre mantiene al chico dañado en la casa hasta desaparecer la evidencia del abuso. En otros casos, puede implicar falta de interés de los padres o falta de capacidad para regular el programa de vida del chico.
- En algunos casos, ellos llegan a la escuela demasiado temprano y permanecen en ésta después de hora, retardando la vuelta a su casa.
- Muy frecuentemente están cansados y aún dormidos en clase.
- Están inapropiadamente vestidos para el clima (haciendo salvedad económica de la familia).

*Las víctimas de abuso infantil es probable que sufran algunos de los siguientes indicadores:*

- Portan signos de daño, tal como cicatrices, cortes, contusiones, quemaduras, fracturas, laceraciones, falta de dientes, etc. Mientras que las heridas internas son difíciles de detectar sin trabajo médico, cualquiera en contacto estrecho con el niño debe estar alerta ante evidencias tales como las señaladas, especialmente en los más pequeños.
- Los chicos mayores pueden atribuir el daño a una causa improbable, mintiendo por miedo a las venganzas paternas. Los más chicos

por otro lado, pueden ser inconscientes de que el golpe severo es inaceptable y pueden admitir, por lo tanto, haber sido golpeados

- Tiene problemas de conductas, especialmente entre adolescentes.

*Los chicos víctimas de negligencia o descuido pueden sufrir varias de las descripciones siguientes:*

- A menudo están hambrientos. Pueden ir a la escuela sin desayuno o almuerzo, sin posibilidad de comprar algo en la escuela.
- Suelen mostrar signos de mal nutrición, tal como palidez, bajo peso relativo a la altura, fatiga, incapacidad para participar en actividades físicas, falta de fortaleza y resistencia normal.
- Generalmente son irritables.
- Muestran evidencia de manejo inadecuado del hogar. Generalmente suelen estar sucios. Su asistencia a la escuela suele ser irregular.

*Frecuentemente suelen estar enfermos y mostrar una personalidad generalmente reprimida, falta de atención y retraimiento.*

- Están en necesidad obvia de atención médica de factores corregibles tal como cortedad de vida, cuidado dental, inmunizaciones.
- Carecen de supervisión adulta en la casa.
- Generalmente no reciben el cariño adecuado

- El abuso y descuido emocional es tan serio como el abuso y descuido físico aunque sus condiciones son mucho más difíciles de describir o identificar.

El *maltrato emocional* a menudo incluye falta de cariño por parte de los padres o problemas en que den directivas y orienten el desarrollo del chico. Los padres pueden exigir demasiado del chico en tareas académicas, sociales o atléticas, o por otro lado, no interesándole el éxito o fracaso de los chicos y no dar ni guía ni aprecio. Tales padres suelen no aceptar a sus chicos como seres humanos falibles. El efecto que tal abuso y descuido emocional puede ser más serio y duradero que los del maltrato y descuido físico. El niño abusado y descuidado emocionalmente a menudo es agresivo en extremo, irruptivo, y exigente en forma de obtener atención y cariño. Raramente logran el éxito en la escuela que los test marcarían que podrían lograr.

El maltrato en los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas que puede producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo.

El “maltrato” vulnera derechos fundamentales de los niños y por lo tanto debe ser detenido..., cuanto antes, mejor.

Siempre que se sospeche que un niño, está siendo objeto de maltrato por un adulto responsable de su crianza, no se debe dudar en intervenir de alguna forma para impedir que la situación continúe. Para ello se debe tener en cuenta:

- ✓ Que las únicas normas de cuidado y educación adecuadas para los niños, son aquellas que considere su bienestar en primer término.
- ✓ Que los niños son personas con derechos propios y los padres no pueden hacer lo que quieran con sus hijos, porque no son de su propiedad.
- ✓ Que el abandono a los niños son delitos penados por la ley. (Convención Internacional de los Derechos del Niño - Ley 6.354)
- ✓ Que prioritariamente debe ser tenido en cuenta el interés del niño, que está siendo objeto de maltrato, y en segundo lugar el de su familia. Aunque es importante realizar un buen abordaje del problema que pueda ayudar a todo los miembros del grupo familiar.

Sus consecuencias son muy graves, y por ello es imprescindible actuar con celeridad, en cuanto se lo identifica.

La tarea debe ser emprendida interdisciplinariamente e interinstitucionalmente, en el marco de su conjunto de acciones dirigidas a disminuir o eliminar los factores de riesgo que predisponen la existencia del maltrato a los niños.

Es importante destacar que es fundamental, para determinar la existencia de maltrato, el diagnóstico médico diferencial, en el que deben intervenir los médicos clínicos y especialistas.

Los factores de riesgo son aquellas condiciones del niño, su familia u otros grupos sociales, en el que se desenvuelve, así como el entorno macro social en su conjunto, que influye en el fenómeno, aumentando la probabilidad de su recurrencia, favoreciendo la participación del maltrato.

Pero, una vez que el maltrato se ha llevado a cabo, es conveniente hablar de factores condicionantes, que son aquellos que permite la continuidad y el agravamiento o no de la situación de maltrato de la cual es víctima el niño o adolescente.

De todos modos es imprescindible tener en cuenta cuando hablamos de factores de riesgo o condicionantes que, en el otro extremo, se encuentran los factores protectores, que son las condiciones, recursos, potencialidades, etc., existentes tanto en la familia como en los grupos, comunidades e institucionales que favorece la disminución de la probabilidad de que genere o profundice el maltrato, ya sea modificando o aminorando la influencia de los factores de riesgo o condicionantes.

- ***Niños testigos de violencia***

Cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios comparativos muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso.

## **Violencia conyugal**

Incluye las situaciones de abuso que se producen en forma cíclica y con intensidad creciente, entre los miembros de la pareja conyugal.

**-Maltrato hacia la mujer:** La intensidad del daño varía desde el insulto hasta homicidio. Según la definición de G. Ferreira, “una mujer golpeada es aquella que sufre maltrato intencional, de orden emocional, físico y sexual, ocasionado por el hombre con quien mantiene un vínculo íntimo”.

**-Abuso Físico:** Incluye pellizco y continuar con empujones, bofetadas, puñetazos, patadas, torceduras, pudiendo llegar a provocar abortos, lesiones internas, desfiguraciones, hasta el homicidio.

**-Abuso Emocional:** Comprende insultos, gritos, críticas permanentes, etc. La mujer sometida a este clima emocional sufre una progresiva debilitación psicológica, presenta cuadros depresivos y puede desembocar en el suicidio.

**-Abuso Sexual:** Consiste en la imposición de actos de orden sexual contra la voluntad de la mujer. Incluye la violación marital.

**-Violencia recíproca o cruzada:** Es necesario que exista simetría en los ataques y paridad de fuerzas físicas y psicológicas en ambos miembros de la pareja. El maltrato recíproco puede ser verbal y/o físico.

### **Maltrato a ancianos**

Puede ser definido como todo acto que, por acción u omisión provoque daño físico o psicológico a un anciano por parte de un miembro de la familia.

Comprende agresiones físicas, tratamiento despectivo, descuido en la alimentación, el abrigo, los cuidados médicos, el abuso verbal, emotivo y financiero, la falta de atención, la intimidación, las amenazas, etc., por parte de los hijos u otros miembros de la familia.

### **ALGUNOS MITOS RESPECTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR**

Los mitos son creencias erróneas que la mayoría de la gente acepta como si fueran verdaderas, alguno de ellos son:

**Mito 1-** Los casos de violencia familiar son escasos: no representan un problema tan grave.

**Mito 2-** La violencia familiar es un producto de algún tipo de enfermedad mental.

**Mito 3-** La violencia familiar es un fenómeno que sólo ocurre en las clases sociales carecientes.

**Mito 4-** El consumo de alcohol es la causa de las conductas violentas.

**Mito 5-** Si hay violencia, no puede haber amor en una familia.

**Mito 6-** A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe de gustar; de contrario no se quedarían.

**Mito 7-** Las víctimas de maltrato de veces se lo buscan: “algo hacen para provocarlo”.

**Mito 8-** El abuso sexual y las violaciones ocurren en lugares peligrosos y oscuros, y el atacante es un desconocido.

**Mito 9-** El maltrato emocional no es tan grave como la violencia física.

**Mito 10-** La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la “esencia” del ser humano.

## **A MODO DE SÍNTESIS**

Pensar el problema de la violencia familiar desde una perspectiva ecológica y multidimensional implica renunciar a todo intento simplificador de “explicar” el fenómeno a partir de la búsqueda de algún factor casual, para “abrir” la mirada al abanico de determinantes entrelazados que están en la base y en la raíz profunda del problema. La apretada síntesis que se expone en las páginas precedentes también resulta insuficiente y esquemática, a la hora de dar cuenta de la compleja maraña de factores que generan y sostienen la violencia intrafamiliar.

La concepción acerca de los determinantes tiene una relación directa con las estrategias que se proponen. Si consideramos los extremos, podríamos pensar que una teoría que atribuya la violencia dentro de la familia a factores individuales, de interacción conyugal o familiar, tal vez propondría como recurso la terapia psicológica (individual, de pareja o de familia); sólo

consideraría el microsistema para su comprensión del problema y, por lo tanto, tendería a intervenir en ese nivel. En el otro extremo, una teoría que considerara a la violencia doméstica como un mero subproducto de la cultura patriarcal nos dejaría inermes, ya que sólo retaría librar la lucha en el plano ideológico y esperar que se produjeran cambios en el nivel macro sistemático (lo cual, como se sabe, suele tardar muchísimo tiempo)...

En cambio, si partimos desde una perspectiva ecológica, como le descrita, resulta posible pensar una serie de acciones e intervenciones dirigidas a diferentes niveles, que se originan en objetivos tales como:

- Develar los mitos y estereotipos culturales que sirven de basamento a la violencia.
- Concienciar a la comunidad acerca de la violencia familiar entendida como un problema social.
- Proporcionar modelos alternativos de funcionamiento familiar, más democráticos y menos autoritarios.
- Atentar la existencia de una legislación adecuada y específica para el problema de la violencia doméstica.
- Promover la creación de una red de recursos comunitarios para proveer el apoyo y contención a las víctimas de la violencia.
- Crear programas de tratamiento y recuperación para víctimas y para perpetrados de violencia intrafamiliar.
- Utilizar los medios masivos de comunicación para informar acerca del problema y desmitificarlo.

- Proponer modificaciones en la estructura y en los contenidos del sistema de educación formal.
- Crear programas de capacitación para profesionales, educadores y otros sectores involucrados, para prevenirla victimización secundaria
- Desarrollar programas de prevención dirigidos a niños de distintas edades, con el fin de que identifiquen las distintas formas de abuso y se conecten con formas alternativas de resolución de conflictos.

Orientar los tratamientos, en el nivel individual, hacia un incremento de la autoestima, reducción del aislamiento social y configuración de vínculos más igualitarios y menos posesivos.

Con toda seguridad, esta enumeración no es completa. No pretende serlo. EL objetivo es ejemplificar el modo como se derivan las acciones a partir de un modelo teórico.

La utilización de un modelo integrado como el ecológico multidimensional nos ha permitido pensar el fenómeno de la violencia familiar y, al mismo tiempo, aportar algunas ideas para la siempre inacabada tarea de buscar soluciones para este grave problema social.

## **Abordaje Interdisciplinario del Síndrome de la mujer Maltratada**

### ***1- Entrevista de admisión***

Esta cuenta con tres momentos diferentes que deben ser implementados.

**En un primer momento**, se ofrece a la entrevista la posibilidad de contar cómo se encuentra, permitiendo que descargue toda la angustia que tiene contenida. Este momento habitualmente es el de mayor duración, adoptando la entrevistadora la función de contener, informar y aclarar determinados aspectos relativos a la particularidad de cada caso. La profesional prácticamente no efectúa intervenciones, poniéndose en un lugar de escucha, con el objeto de conocer la situación. Únicamente se implementan preguntas, cuando algo no está claro o cuando se considera necesario que al consultante se explye respecto del episodio que está narrando. El objetivo es obtener la mayor información posible y de la manera que resulte más discernible.

**En un segundo momento**, cuando la señora se muestra más calmada, se realiza la Ficha de Admisión, orientándola especialmente a los temas que la interesada fue tratando.

Este segundo momento también sirve para efectuar un diagnóstico diferencial, con el objeto de descartar patología psiquiátrica.

Los casos en que las mujeres padezcan depresión, melancolía, intentos o ideas de suicidio serán derivados a atención individual. Las mencionadas son características para la exclusión del grupo, debido a que estas mujeres necesitan una modificación del enfoque particular.

Aquellas consultantes que presentan un deterioro emocional severo, un alto grado de parálisis para actuar, dificultades significativas para expresar lo que ocurre, así como para ubicarse temporalmente respecto de los episodios

de violencia pasados, graves inconvenientes para salir de su domicilio y para trasladarse de forma independiente, recibirán contención, apoyo, abordaje individual, por un lapso relativo a cada caso, hasta ser incorporadas en el grupo, una vez que puedan socializar y compartir su problemática, como también ofrecer a sus pares alterativas y aportes, de acuerdo con sus vivencias.

La profesional debe aprovechar al máximo la primera entrevista para contener y orientar a la mujer, puesto que para ella resulta difícil pedir ayuda.

La importancia de encuadrar la problemática de las demandantes es fundamental, ya que muchos profesionales, por desconocimiento o ignorancia del tratamiento del tema, suelen equivocar el diagnóstico, argumentando que no hay demanda y, por lo tanto, no es posible el tratamiento.

**En la tercera etapa** de la admisión, se le presenta a la señora una ficha sobre el “Índice de abuso hacia la mujer”. Se le explica que no se trata de un test ni tampoco tiene que elegir entre respuestas correctas o incorrectas, sino que son frases que miden el grado de victimización que ha experimentado en la relación con su compañero. Las frases describen diversas modalidades de maltrato físico, emocional y sexual, relativas al desprecio, obediencia, abuso sexual violación, enojo, celos conductas para controlar, abuso frente al consumo de alcohol y u otras sustancias, golpes necesidad de asistencia médica, insultos, desvalorización, inducción reforzamiento de la dependencia, exigencias extremas, descalificación delante de terceros, aceptación de órdenes mandatos sugerencias opiniones sin posibilidad de cuestionamiento, uso de armas, control! prohibición del manejo del dinero, aislamiento;

prohibición de trabajar estudiar, clima de tenor, conductas agresivas severas intento de homicidio.

En este tercer momento de la admisión, se considera menester tener en claro las estrategias que se seguirán, para que la consultante visualice la necesidad de poner freno a su padecimiento. Brindarle contención, asesoramiento, comprensión, apoyo, seguridad es ayudarle a encaminar los pasos que debe ejecutar para neutralizar la victimización. Jamás debe ocultársele a la entrevistada la situación real en que se encuentra, ni tampoco hacerle falsas promesas de que “*TODO* saldrá bien”, porque se transformaría en un obstáculo irreducible cuando, inevitablemente, se le presenten dificultades en el proceso que acaba de emprender, y pierda la confianza depositada en la profesional que la asiste, lo que lleva, en la mayoría de los casos, a abandonar el tratamiento.

Las razones que habitualmente suelen inducir a una mujer a poner fin a su historia de maltrato conforman situaciones límite de victimización, que ya no está dispuesta a tolerar, según las características, ideológicas, o simplemente el extremo particular que puedan permitir los distintos tipos de consultantes:

- Maltrato físico y/o emocional a los hijos
- Incesto con los hijos.
- Intento de homicidio contra los hijos.
- Infidelidad.
- Violación
- Intento de homicidio contra la mujer.

De acuerdo con el doctor Rodrigo Erazo (1980), quien delimita la patología provocada por la tortura, se hace extensible este término a la victimización vivida por las mujeres maltratadas en el ámbito familiar. Es por ello que considera incorrecto definir como cuadros postraumáticos aquellos casos en los que "...las condiciones generales del trauma no han sido removidas...", muchas personas continúan experimentados los signos del síndrome, tal como ocurre con las víctimas de la violencia conyugal. Según este autor:

No son los recuerdos invasores traumáticos los que paralizan o despiertan súbitamente a una persona. Es además posible e incluso probable que... (La tortura)... vuelva ocurrir.

El abordaje profesional, durante la admisión, incluye la desmitificación del rol tradicional del género femenino como madre, esposa y ama de casa

Se trabaja sobre los prejuicios y expectativas que llevan incorporados estas mujeres respecto del estereotipo, estimulándolas a la valoración de sí mismas como sujetos autónomos, significados independientemente del rol o la posición social que ocupan, revalorizando su autoestima. Este objetivo se fortifica, frente a la ausencia del empleo de estructuras y conceptos sexistas, típicos de diversas corrientes y teorías psicológicas, y la ubicación de las consultantes como individuos pensantes, con capacidades potenciales, y no como objetos sexuales, inertes y manipulables en su totalidad.

Una de las tareas que con el abordaje de la violencia conyugal consiste en transferir ese "saber cómo hacer", desde el contexto en el que la persona lo posee hasta el contexto en el que le falta. En las víctimas de abuso

intrafamiliar, que no se desarrollan en otras competencias más que en las domésticas, con asiduidad se aprecia la ausencia de esa capacidad en algún contexto. Sin embargo, esto suele ocurrir en aquellas que desempeñan un rol profesional, puesto que poseen un “saber cómo hacer” para el desempeño de su tarea, aunque no así para la situación de maltrato que padecen en el ámbito privado.

Tanto en la primera entrevista como en la siguiente o las siguientes, es muy significativo el uso de evaluaciones, como modalidad de intervención para alentar a las entrevistas en el proceso que acaban de iniciar. A estas evaluaciones se les asigna un valor, se les formula un prejuicio positivo acerca de los méritos de los actos que ha ejecutado la mujer, como adelanto.

Los profesionales dedicados a esta problemática deben evaluar el proceso contra-transferencial que les genera cada caso. Cuando determinadas situaciones les provocan una angustia desbordante, furia, bronca, intolerancia, rechazo por la mujer, identificación con determinados aspectos de la consultante y quedan entrampados en la situación, etc., los terapeutas deben llevarlas a supervisión; estar preparados para cambiar la situación, dejando el caso; aceptar los límites de sus posibilidades; derivar el caso a profesionales del mismo servicio o a otros de instrumentos alternativos, etc. Esta perspectiva de Erickson se asocia con la meta de las intervenciones en el tratamiento de las mujeres maltratadas, de un modo que comiencen a fortalecerse a través del intercambio con pares que padecen el mismo problema. La contención, apoyo e información recibidos tanto en la admisión como en el grupo de mutua ayuda,

activan el accionar más conveniente de las tareas o trámites señalados como imperiosos, de acuerdo con la especificidad de cada caso.

El objetivo de salir del aislamiento impuesto por el agresor, de sentirse identificada con lo que les ocurre a las demás integrantes del grupo y, consecuentemente, advertir que no es la única víctima de maltrato, potencia las posibilidades de rehabilitación de las consultantes.

El grupo de mutua ayuda, el cual actúa como un sistema de identificación, en el que las mujeres pueden verse en el espejo de las otras.

Asimismo, las mismas compañeras de grupo se comprometen con el sufrimiento de las demás, poniendo énfasis en encontrar alternativas, o narrando sus propias historias, como motor para encaminar el proceso de las que se encuentran en circunstancias similares. Por otra parte, las integrantes que se van erigiendo en portavoz al contar su padecer, se fortalecen y refuerzan su propio proceso, al retroalimentarse con los logros obtenidos.

Ayudar a la mujer maltratada a desarrollar confianza respecto del conocimiento y expresión de sus derechos y su autoridad como individuo, así como hacer valer sus necesidades propias, la orienta a la revalorización de su persona. Este método constituye uno de los elementos primordiales de la admisión, ya que el maltrato no sólo trae aparejado el desprestigio de la mujer como sujeto, sino que carcome su autoestima.

## ***2. Aspectos sociales***

Unas de las tareas primarias y sumamente operativas que desarrolla es el trabajador social de este servicio es el acompañamiento de la mujer. La brinda, con este acompañamiento, la seguridad psicológica que necesita la mujer para obtener su autonomía, no sólo referida a la independencia emocional. En este sentido, una de las recomendaciones que la profesional debe hacerle a la mujer es que, en ningún caso, acepte declarar en presencia de su cónyuge, ya que podría quedar paralizada por la actitud adoptada por éste.

En los casos en los que las consultantes presenten heridas de importancia o indicios de lesiones internas, no visibles, y no hayan recibido atención médica, la trabajadora social así como cualquiera de los demás profesionales del equipo debe acompañar a la señora a hospital más cercano, con un doble objetivo: que reciba la asistencia adecuada y que quede consignado el tipo de traumas que registra, así como el argumento de la damnificada, en cuanto al origen de éstos. Para lograrlo, la profesional deberá implementar un trabajo de información y contención a los profesionales intervinientes, con el objeto de obtener su compromiso como testigos informantes de los hechos vivenciados.

La causa legal puede y debería efectuarse desde la institución de salud, con intervención policial para que allí mismo se realice la denuncia.

Otra función de esta profesional concierne al tema de los hijos, particularmente cuando son muy pequeños y no están en edad escolar. La trabajadora social deberá hacer un relevamiento e investigación de las guarderías y o jardines maternos cercanos al domicilio de la mujer

maltratada, y de carácter gratuito, para facilitar el emprendimiento que aquella inició.

Resulta de gran aporte que el trabajador social desempeñe el rol de coordinador del grupo de mutua ayuda, debido a los aportes que pueda dar y ofrecer según las características de cada caso.

### ***3. Aspectos legales***

En la problemática de la violencia familiar, las entrevistas legales deben implementarse, por parte de los profesionales del derecho, con una breve duración. Este conocimiento se funda en la necesidad de transmitir la información específica y explícita, de acuerdo con la singularidad de cada caso, y conlleva la particularidad de ser precisa, clara y, sobre todo, muy operativa. El asesoramiento legal debe ser de máxima utilidad para las mujeres maltratadas, por el estado de confusión que presenta la mayoría de ellas.

Debo hacer hincapié en la importancia de este instrumento, al asesoramiento legal, cuya función es estructurar entre el profesional y la entrevistada un vínculo experto- consultante, que otorga seguridad psicológica. De esta forma, funciona como móvil para que las mujeres logren tomar decisiones.

### ***4. Grupo de mutua ayuda***

Un grupo está constituido por un conjunto de personas con una tarea, proyecto u objetivo en común. En una estructura que brinda pertenencia e intimidad. Además, se configura como un proceso dialéctico y dinámico en el cual se estructuran redes identificatorias y transferenciales.

El Grupo de Mutua Ayuda es el modelo grupal que se adopta para el abordaje de la violencia conyugal.

Este grupo se caracteriza por ser heterogéneo en cuanto a la diversidad de edades, años de unión, estado civil, nivel socio-económico-cultural (lenguaje, aspecto físico, vestimenta, peinado, arreglo personal, etc.), número de hijos, nacionalidad, etc. sin embargo, la heterogeneidad de estos elementos queda desdibujada frente al motivo que las convoca a participar en el grupo. Todas ellas son mujeres maltratadas, y la tarea común que las une está dirigida a liberarse de cualquier tipo de abuso.

Una de las tareas típicas que desarrolla el grupo es trabajar sobre la violencia. Esto las ayuda a desresponsabilizarse acerca de su culpabilización, desmitificando la ideología y las creencias culturales que legalizan la inferioridad de la mujer y, en consecuencia, aprueban la ejecución de la violencia sobre ellas. Otros de los logros que permite es incitar a la mujer a dejar o disminuir al máximo tener que dar explicaciones y justificativos sobre su accionar.

*El objetivo primario* en el Grupo de Mutua Ayuda es lograr la supervivencia (Gerlic, 1991). En segundo término, la tarea se orienta hacia el levantamiento de la sumisión, que coloca a la mujer en un lugar de inferioridad.

*Las mujeres maltratadas* suelen volcar en el grupo la “intemalización del odio” (Gerlic, 1991) y la culpabilización como rasgos dirigidos hacia sí mismas.

La soledad y el aislamiento son puntos cruciales y típicos en el padecimiento de estas mujeres, imprimiéndoles una “sensación de vacío” (Gerlic) total y generador de angustia. Las conductas para controlar del hombre golpeador son las que delimitan ese aislamiento su auto-evaluación, fomentando la soledad y cercenando en consecuencia su autovaloración, autoafirmación, auto-emprendimiento, etc.

El proceso para llegar a la acertividad implica un camino a recorrer, donde desarrollen la confianza en sí mismas, en las relaciones con los otros, en la expresión de sentimientos espontáneos, en la defensa de los propios derechos. El Grupo de Mutua Ayuda favorece dicho proceso a través del apoyo y participación que ofrece.

Para terminar con el problema de la violencia familiar, es menester, como punto inicial, la construcción de un espacio en el que se recreen y se hagan efectivos las habilidades y los recursos propios pero desconocidos por quienes lo padecen. En esta tarea grupal, cada participante tiene su responsabilidad, basada en los aportes y el compromiso de cada uno, incluyendo la coordinación.

La circulación y el entrecruzamiento que se producen permiten a las mujeres maltratadas el encuentro con sus modos y auténticos significado para alcanzar la solución.

La propensión en las mujeres maltratadas a sentir vergüenza, culpa y miedo tiene sus raíces en las características femeninas tradicionales, potenciándolas en forma más acentuada a la pasividad, la tolerancia, la falta de afirmación, la obligación de cumplir con el rol doméstico y la creencia de que sólo es alguien con un hombre a su lado. El mantenimiento del vínculo violento intrafamiliar no es causal ni producto de una estructura racional sadomasoquista. Este síndrome queda instaurado a través del ciclo de la violencia familiar. Para que una mujer sea diagnosticada como mujer maltratada, debe haber pasado al menos dos veces por dicho ciclo.

La repetición del ciclo de la violencia familiar y la vivencia recurrente del mismo, instaura el síndrome de la mujer maltratada. Este promueve el estado de parálisis progresiva, que adquiere la mujer víctima de la violencia conyugal, constituyendo el síndrome de la indefensión aprendida, descrito por Leonor Walker. La mujer aprende y aprehende que, haga lo que haga, siempre será maltratada; que no puede controlar ni detener la conducta de su marido, y que cualquier acción de ella puede provocar un mal peor hacia sí misma o hacia otros. Ello opera inmovilizándola para pedir ayuda, tanto como para ejercer cualquier intervención judicial.

### **Equipo Interdisciplinario**

Los profesionales que conformen el Equipo Técnico del Servicio de Asistencia a la Mujer deben poseer un marco teórico referencial común, con el objetivo de acordar las estrategias relativas a la tarea.

Dicho equipo debe estar compuesto, al menos, por abogados, psicólogos, trabajadores sociales, pueden incluirse médicos, sociólogos, antropólogos, etc., lo cual enriquecería notablemente el trabajo,. El mismo necesita manejarse con un marco teórico homogéneo y compartido por todos los integrantes. Esta elaboración conlleva el planteo, replanteo, investigación y análisis del bagaje personal, técnico y subjetivo, en cuanto a mitos, estereotipos, valores, creencias, prejuicios, abordaje de la tarea, sistematización de la misma, estrategias a seguir, preparación científica, etc.

Los integrantes de dicho equipo deben enfocar interdisciplinariamente la tarea. Esto significa la posibilidad de hablar todos con un mismo lenguaje, conocer las competencias de todos los profesionales, definir el rol que desempeñará cada uno de acuerdo con su especialidad, pero capacitados, además, para abordar cualquier actividad que implique la incursión en materia, relativa a otra de los profesionales del equipo. La identidad profesional debe estar constantemente en discusión, evaluándola, investigándola, analizándola en sus diversas formas de intervención y participación.

Cada profesional mantiene la autonomía de su comportamiento, orientada a la sensibilidad y real especificidad técnica ofrecida en el trabajo.

La seguridad de actuar la propia competencia es un terreno sólido que permite el desplazamiento del profesional hacia otras áreas sin abandonar la

propia ni considerarse un facultativo en otra profesión. El equipo alcanza un alto grado de eficiencia y eficacia al compartir y comprender las acciones y competencias que desarrolla cada integrante, adquiriendo, al menos en parte, la habilidad de los demás.

### **Abordaje G.A.R. En el Hospital General Las Heras**

Como hemos señalado anteriormente nuestro hospital funciona como receptor de casos de violencia intrafamiliar de toda la región del Valle de Uco a través del programa G.A.R. (Grupo de alto riesgo).

#### **G.A.R. (Grupo de alto riesgo).**

##### **Programa:**

La ley 6551, en su Art. 2, al Maltrato de la Niñez y Adolescencia como: “Todo acto intencional realizado en contra de un niño o un adolescente que ponga en riesgo su integridad física y emocional”. En la misma, se consignan todas las modalidades que lo configuran: maltrato físico, psicológico, abuso sexual, negligencia o abandono. Cabe señalar que “el maltrato no elige un nivel socio económico determinado, sino que se produce en todos los estratos sociales y no es mas que el reflejo de la violencia que se vive en los diferentes escenarios de la vida... la multicausalidad y complejidad de este tornan, veces, dificultoso su abordaje y resolución, ya que este no se limita solamente a la existencia de “desordenes mentales” como causa principal, sino que también

actúan otros componentes externos como: las pautas culturales y la incidencia de los factores que acompañan a la pobreza, etc.... Por ello, el equipo de salud interdisciplinario es el que está en mejores condiciones para su abordaje a partir de sus múltiples facetas: clínicas, sociales, psicológicas, educativas, y en caso de ser necesario, judiciales.

En cuanto a la especificidad de la ley, en su reglamento prevé que este programa tiene por finalidad el abordaje y la prevención del maltrato infantil y el intrafamiliar desde un enfoque interdisciplinario, por lo tanto el programa ha establecido una base de acciones a llevarse a cabo de forma continua y con sustentabilidad en el tiempo, siendo estas: la prevención, la atención de personas en situación de violencia en instancias individuales y grupales, el trabajo en red con otras instituciones, la difusión de los derechos y la capacidad de los profesionales.

Son los profesionales quienes desde su territorio, desde su campo de trabajo van detectando necesidades que requieren de una mayor especificidad de acciones y una diversificación de las mismas, implementándose así acciones novedosas paralelamente a la evolución y modificación permanente de las pautas sociales, de la sociedad en conjunto.

Dentro de los fundamentos, de la ley 6551 del Programa Provincial de Prevención y Atención Integral del Maltrato a la Niñez, Adolescencia y Familia, dice: "la violencia contra menores tiende a ser oculta por la sociedad que otorga con el silencio la legitimidad de la agresión. Se hace necesaria la concientización de la comunidad para el cambio de pautas culturales que tienen que ver con una fuerte adhesión a los modelos dominantes de género y

de autoridad de familia e imponen naturalidad al hecho, invalidando acciones tendientes a la generación de mecanismos de control e información adecuados para impedir su reproducción”.

Una de las formas de abordar la problemática es de dotar de herramientas necesarias para que no solo las mujeres se posicionen como sujetos de derechos, sino también para que en un futuro de niños y adolescentes también los hagan.

**Los objetivos del Programa son:**

- ◆ Receptar las denuncias que provengan de hospitales, unidades de apoyo comunitario, centro de salud, etc.
- ◆ Efectuar la detección, atención, tratamiento y rehabilitación del niño adolescente y familia.
- ◆ Propender a la reinserción sana y productiva de la víctima de maltrato en el seno familiar.
- ◆ Realizar seguimientos y control de los casos.
- ◆ Trabajar en coordinación con otros organismos de competencia: gubernamentales, judiciales, organizaciones intermedias, etc.
- ◆ Elaborar un registro provincial de datos emergentes de los efectos propios y los que surjan de los organismos judiciales.
- ◆ Centralizar al información para la elaboración de programas específicos y para la aplicación de otros programas de apoyo en diferentes áreas de gobierno.
- ◆ Capacitar profesionales y personas del área de salud, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros y otras disciplinas a fines; voluntarios de entidades

intermedias, para la rápida detección, contención o derivación hacia centros especializados.

- ◆ Armar esfuerzos para la educación de grupos de alto riesgo social, en torno a la prevención del maltrato de sus diferentes modalidades, incluidas las que provengan de causas sociales o institucionales.
- ◆ Articular con los programas existentes en el Ministerio de Desarrollo Social y Salud, los recursos referentes a alimentación, nutrición, vivienda, saneamiento, trabajo y otros.

***Formas de abordaje dependiendo de los niveles de salud:***

A nivel de prevención y promoción de la salud: actualmente se están llevando a cabo programas radiales sobre distintas temáticas relacionadas con la violencia intrafamiliar.

Dicho proyecto tiene como acercar a los hogares y la comunidad, la temática de la violencia e informar sobre los servicios que esta prestandole programa, a través de los medios masivos de comunicación (programa radiales).

Además se esta llevando a cabo la organización de una obra de títeres, en dicha organización esta a cargo por mujeres que se han encontrado en situación de violencia a fin de concienciar la comunidad sobre las secuelas que

produce la violencia en la familia, a partir de la realización de una obra de teatro armada por un grupo de mujeres que han vivenciado dicha situación.

En cuanto al tratamiento los casos de violencia intrafamiliar ingresan al programa a través de distintas vías entre las cuales cabe nombrar: denuncias a la línea del 102, otros efectores de la salud del Departamento, internación en el nosocomio, derivación judicial, espontáneos, etc. Se realiza la entrevista interdisciplinaria de admisión a fin de evaluar la situación actual de los sujetos y los factores de riesgo relacionados con la problemática. Luego de dicha entrevista se analizan las estrategias de intervención posteriores. Después de un tiempo de tratamiento y habiendo significado ciertos recursos personales los sujetos ingresan al grupo de reflexión de niños y mujeres.

En cuanto a la relación entre los niveles de salud y el grupo, éste funciona dentro de un proceso dialéctico en dichos niveles, dependiendo de la situación particular de cada paciente, es decir en algunos casos ayuda a prevenir futuros casos de violencia, en otros los sujetos incorporan a sus estructuras nuevas herramientas que le permitan enfrentar dicha problemática, reforzando el tratamiento individual.

Las mujeres llegan al proceso grupal, sin orientación alguna, sumergidas en la situación de violencia, con el objeto de encontrar una salida al laberinto donde se encuentran. (Ver imagen anterior).

En el Grupo de Mutua Ayuda, el saber circula tanto desde el profesional que coordina en el grupo – saber técnico – como desde sus integrantes – saber de la experiencia. El coordinador, capacitado por su formación teórica –

práctica, informa, señala, contiene, brinda afecto. Además posibilita las relaciones grupales multidireccionales, con el objeto de aprovechar el bagaje potencial que los miembros poseen, induciendo e incentivando a compartir la propia experiencia, y posibilitando sus intervenciones desde su conocimiento vivencial. Las intervenciones efectuadas por el coordinador, son implementadas frente al desconocimiento, la confusión, el desborde de la angustia, la necesidad de esclarecimiento, la información técnica o frente a problemas de competencia, rivalidad, conflicto entre dos o más integrantes.

El grupo se caracteriza por ser heterogéneo, esto se ve reflejado en la diversidad de edades, estado civil, nivel socio – económico, etc. De las mujeres que lo integran. El factor común entre ellas es la situación de violencia familiar que han vivido o aun viven.

Este tiene como fin brindar la posibilidad de reflexión o apoyo. Y las relaciones cara a cara les permitirán a las mujeres ir conformando nuevas redes sociales entre ellas, lo que le permitirá salir del aislamiento social, conquistar y brindar apoyo y contención, instrumentos a los, que anteriormente, no apelaba. Esto se visualiza en el intercambio de números telefónicos, el acompañamiento a instituciones.

Pichón Riviere expone dos vectores fundamentales que se dan en el proceso grupal: la comunicación y el aprendizaje. A cerca de esto el dice que comunicación y aprendizaje están íntimamente unidos, que existe una mutua relación, no hay aprendizaje sin comunicación, pero tampoco hay comunicación sin aprendizaje.

Niega el proceso de victimización que padece, no teniendo registro del creciente abuso al que es sometida.

Niega las injurias: la víctima olvida los sucesos, aunque no hayan sido francamente denigrantes.

Niega la posición de la víctima de la que es presa, sintiéndose responsable de la agresión, como la provocación e incitadora del agresor y del golpe.

Niega sus posibilidades: algunas mujeres rechazan las ocasiones de poner fin a la violencia. Para ellas es inimaginables la posibilidad de verse a sí misma de forma distinta a su vida de pareja y, por lo tanto, le resulta indispensable la hipótesis de llevar a cabo una vida autónoma e independiente.

Apelación a la lealtad: tolerar la violencia en función de la apropiación de las creencias culturales y religiosas.

Dice que entre los objetivos del grupo cabe mencionar:

En un primer conlleva, como objetivo básico, poner fin al maltrato físico.

Para lograrlo se trabaja sobre la victimización recibida, el ciclo de violencia, el síndrome de indefensión aprendida, la revalorización de la mujer como individuo, el aumento de la autoestima, los establecimientos de redes que levanten las barreras del aislamiento. Una vez concretada dicha fase, el grupo de mujeres pasan a un segundo nivel donde se continúa trabajando sobre el deterioro emocional de la mujer, la autovaloración y el levantamiento de la autoestima, además de focalizarse en temas como la dependencia

económica y emocional, la planificación de proyectos que incluyan el desarrollo de aptitudes y el respeto a si mismas, exigiendo el respeto de los otros.

En el tercer nivel se focalizan los objetivos, sobre su lugar como sujeto singular y como sujeto social. El primero apunta a hacer valer sus propios derechos, haciéndose cargo de sus obligaciones. Este incluye el desdibujamiento de los estereotipos tradicionales y de las obligaciones naturales para el genero femenino, sin olvidar el cuestionamiento de los roles y la elaboración de los roles de uno libre, en la división sexual del trabajo impuestas culturalmente.

- Mujer = Mundo Privado (ámbito domestico intrafamiliar)
- Hombre = Mundo publico (ámbito extrafamiliar)

Es dable acotar la estimulación que se efectúa desde la coordinación, así como la motivación personal de muchas mujeres, de brindarse ayuda mutua de forma extra grupal, intercambiándose teléfonos, direcciones, acordando encuentros, con el objeto de apoyarse en los momentos duros así como continuar con el proceso iniciado. El logro de esta tarea responde, en gran parte, al estilo, y entrega que se establece juntamente con el coordinador del grupo, ya que las modalidades de intercambio y las posibilidades de interrelacionarse, contenerse, brindarse afecto están basadas en el manejo y guía del grupo.

El trabajo de la coordinación debe ser eficaz, para orientar el logro de objetivos deseados. Los aportes que se imprimen frente a la singularidad de la situación, permite la información, aclaración, la movilización y hasta el

establecimiento de límites, dependiendo de los distintos momentos grupales. El rol requiere un desempeño que incluya: sumo criterio, precisión oportuna, máxima claridad. Se establece una coherencia interna, no solo a través de la explicación de los sucesos presentados en el grupo, sino por el medio de incentivo y la adjudicación del compromiso que necesita generarse en las participantes. Lograr que estas viertan sus pensamientos e ideas relativos a sus propias vivencias, ciñéndose a la situación grupal, opera como modelo imagen de la problemática de la violencia familiar.

La pregunta es uno de los instrumentos empleados por el profesional, que de ningún modo obstaculiza la palabra de la mujer maltratada, sino que, por el contrario la posibilita. Este instrumento prevé distintas funciones: investigar, conocer, rastrear, antecedentes, llegar a decisiones diagnósticas.

Unas de las tareas típicas que desarrolla el grupo es trabajar sobre los contra discursos sobre la violencia. Esto las ayuda a desresponsabilizarse acerca de la culpabilización, desmitificando la ideología y las creencias culturales que legalizan la inferioridad de la mujer y, como consecuencia, aprueban la ejecución de la violencia sobre ellas.

Otro de los logros que permite iniciar a la mujer a dejar o disminuir al máximo el tener que dar explicaciones y justificativos sobre su accionar. El grupo, a través del apoyo y la contención circulante, le otorga – confianza y seguridad acerca de que no existe correspondencia entre socializar su problema y el riesgo que puede correr al concretarlo.

Por el contrario, difundir su situación le permitirá tener aliados que la acompañen y hasta la protejan en circunstancias de peligrosidad. De esta orientación deriva la importancia de que ella vivencie que no se hallará sola en el proceso iniciado, y que no es la única que sufre violencia doméstica.

La mujer maltratada, además de padecer el síndrome de la indefensión aprendida, se encuentran en un estado agresivo, una regresión propia. Esta situación es reversible a través de un tratamiento con el que la víctima puede recuperar la autoestima perdida y su propia valoración, comenzando a actuar como sujeto que piensa, decide y elige por si misma.

Básicamente, el trabajo grupal debe configurarse en un abordaje no sexista sino feminista, en el sentido de igualar los derechos y deberes entre hombres y mujeres. El coordinador debe manejar perfectamente estos valores, considerándose lo esperable para las mujeres, que desarrollen su autonomía y realicen sus logros como hombres.

Hyde y Rosemberg (1980) definen la asertividad o la autoafirmación como defensa de sus derechos propios, teniendo en cuenta los de los otros. Ser asertivo es opuesto a ser pasivo tanto como hacer agresivo. Respetar nuestros propios derechos no implica violar o apoderarse de los derechos de los que tienen los demás.

La asertividad es uno de los aspectos. Prioritarios en el trabajo grupal. El objetivo grupo es lograr que las mujeres se expresen en forma libre, manifiesta, sin temores, acerca de sus sentimientos, necesidades y deseos,

autoafirmándose en el lugar que piensa, que decide, que actúa. Por tal motivo, el Grupo de Mutua Ayuda trabaja en un clima de asertividad.

Tipo de abuso	Poder o fuerza	Tipo de daño
Físico	Físico	Físico/Emocional
Emocional o Psicológico	Psicológico	Emocional
Sexual	Físico/Psicológico	Emocional/Físico
Financiero	Económico	Económico/Emocional
Social y ambiental	Psicológico/Físico	Emocional/Social/Económico

### Variables

- 1- Sexo.
- 2- Edad.
- 3- Antigüedad.
- 4- Formación.
- 5- Nivel de conocimiento.

### Definición conceptual y Operación de las variables

**Sexo:** Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. En este se midieron como fenómenos o masculinos.

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales. Duración de algunas cosas y entidades abstractas. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana. Es para facilitar el análisis de dicha variable, se decidió establecer intervalos cada 10 años.

**Antigüedad:** Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo. Para el análisis de esta se establecieron intervalos de 5 años.

**Formación:** Acción y efecto de formar o formarse. Considerando que la institución no realiza dichos trabajos, no existen licenciados en enfermería, y se establecieron las categorías de auxiliar y enfermeros profesionales.

**Nivel de conocimiento:** Grado o altura que alcanzan ciertos aspectos de la vida social. Medida de una cantidad con referencia a una escala determinada. Para determinar el mismo se asignó un porcentaje a cada pregunta desde la 1 a la 10 y se le asignó un valor entero dada por el puntaje que alcance.

- **I:** menos de 40 años
- **R:** de 40 a 59 años
- **B:** de 60 a 74 años
- **MB:** de 75 a 89 años
- **E:** de 90 a 100 años.

## **Diseño Metodológico**

**Tipo de estudio:** cuantitativo ya que todos los datos son cuantificables.

**Universo:** Personal de enfermería del Hospital General Las Heras.

**Unidad de análisis:** cada uno de los enfermeros del Hospital General Las Heras del departamento de Tupungato.

**Técnicas e instrumento para la recolección de datos:** Encuesta cerrada estructurada y anónima.

**Según el período y secuencia de estudio:** Transversal ya que los datos se toman simultáneamente en un momento dado en el tiempo.

**Procesamiento de la información:** Tablas y gráficos de barra, estas nos permiten analizar las variables en forma individual y compararlas entre sí.

## Análisis de Datos

**Tabla 1:** Enfermeros por edad del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

EDAD	F. ABSOLUTA	F. %
20-29	5	23,8
30-39	3	14,29
40-49	7	33,34
50- +	6	28,57
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** se observa que la mayoría del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato son mayores a 40 años.

**Tabla 2:** Nivel de conocimiento según edad de los enfermeros del Hosp. Gral.

Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

EDAD	Nivel de conocimiento					
	I	R	B	MB	E	Total
20-29	2	2	1			5
30-39	1	1			1	3
40-49	3	2	1	1		7
50- +	3	3				6
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>21</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que el mayor porcentaje de insuficientes y regulares, fueron obtenidos por el personal de mayor de 40 años.

**Tabla 3:** Enfermeros por edad del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

EDAD	Femeninos	Masculinos
20-29	3	2
30-39	3	
40-49	5	2
50- +	5	1
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>5</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que la mayoría del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato es de sexo femenino, el cual carga según nuestro marco con las obligaciones naturales.

**Tabla 4** Enfermeros por Sexo según nivel de conocimiento del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

SEXO	Nivel de conocimiento					Total
	I	R	B	MB	E	
Femenino	33,33	33,33		4,77	4,77	76,2
Masculino	9,52	4,76	9,52			23,8
Total	42,85	38,09	9,52	4,77	4,77	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que el conjunto de insuficientes y regulares la obtuvo el sexo femenino del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato; pero si tenemos en cuenta el total de femeninos y masculinos con la que trabajamos podremos notar que los porcentajes se igualan.

**Tabla 5:** Enfermeros por formación del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

FORMACION	F. ABSOLUTA	F. %
Auxiliar	9	42,85
Profesional	12	57,15
Total	21	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis** Observamos que el mayoría del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato son enfermeros profesionales, pero de todas maneras el 42,85 son auxiliares.

**Tabla 6:** Enfermeros por formación según nivel de conocimiento del Hosp. Gral. Las Heras durante el 21/12/07 hasta 15/02/08.

FORMACIÓN	Nivel de conocimiento					Total
	I	R	B	MB	E	
Auxiliar	28,57	14,28				42,85
Profesional		38,09	9,52	4,77	4,77	57,15
<b>Total</b>	<b>28,57</b>	<b>52,37</b>	<b>9,52</b>	<b>4,77</b>	<b>4,77</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Analizando el nivel de conocimiento, observamos que gran parte de insuficientes y regulares la obtiene el equipo de auxiliares de enfermería del hospital Gral. Las Heras, mientras que los profesionales no obtuvieron ningún insuficiente, deduciendo así que recibieron capacitación sobre violencia intrafamiliar.

**Tabla 7:** Enfermeros por antigüedad del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

ANTIGÜEDAD	F. ABSOLUTA	F. %
0 a 5	5	23,8
6 a 10	3	14,3
11 a 15	2	9,52
16 a 20	2	9,52
20 o mas	9	42,86
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que la mayoría del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato, posee más de 20 años de antigüedad, por lo que tiene cierta resistencia en la capacitación.

**Tabla 8:** Enfermeros por Antigüedad según el nivel de conocimiento del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

ANTIGUEDAD	Nivel de conocimiento											
	I		R		B		MB		E		T	
	fa	F%	fa	F%	fa	F%	fa	F%	fa	F%	fa	F%
0 a 5	2	9,52	1	4,77	1	4,8			1	4,8		23,8
6 a 10	1	4,77	2	9,52								14,3
11 a 15	2	9,52										9,52
16 a 20			1	4,77			1	4,8				9,54
20 o mas	5	19,4	3	10,8	1	4,8						42,9
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>42,8</b>	<b>7</b>	<b>38,1</b>	<b>2</b>	<b>9,5</b>	<b>1</b>	<b>4,8</b>	<b>1</b>	<b>4,8</b>		<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Se observa que el personal de más de 20 años de antigüedad, y el de menos de 5 años de antigüedad obtuvieron el mayor porcentaje en la escala de calificaciones de insuficientes y regulares.

**Tabla 9:** Enfermeros por nivel de conocimiento del Hosp. Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

Nivel de conocimiento	F. ABSOLUTA	F. %
I	9	42,85
R	8	38,09
B	2	9,52
MB	1	4,77
E	1	4,77
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** pudimos observar que mas de la mitad del personal de enfermería no posee conocimiento de la temática, lo que afirma nuestra hipótesis.

**Tabla 10:** Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por capacitación sobre violencia en el último año, encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

Capacitación en el año	fa	F%
Si	4	19,4
No	17	80,6
Total	21	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Podemos observar que la mayoría del personal del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato, no ha recibido capacitación en el último año.

**Tabla 11** Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por predisposición de capacitarse en el tema de violencia intrafamiliar. Encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

Disposición de capacitarse	fa	F%
Si	17	80,6
No	4	19,4
Total	21	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que la mayoría de el personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras, esta dispuesta a capacitarse Reconociendo así que no poseen los conocimientos sobre la temática.

**Tabla 12** Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por formación según recibieron capacitación de violencia intrafamiliar durante el último año, encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

Formación	SI		NO		Total
	fa	F%	fa	F%	
Auxiliar	1	4,76%	8	38,11%	42,87%
Profesional	3	14,28%	9	42,85%	57,13%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>19,05%</b>	<b>17</b>	<b>80,95%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que 42,85% de el personal profesional de enfermería del Hospital Gral. Las Heras, no recibió ningún tipo de capacitación en el último año. Al igual que el 37,21% del personal auxiliar tampoco realizó capacitación alguna.

**Tabla 13** Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por formación según predisposición de capacitarse en el tema violencia, encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

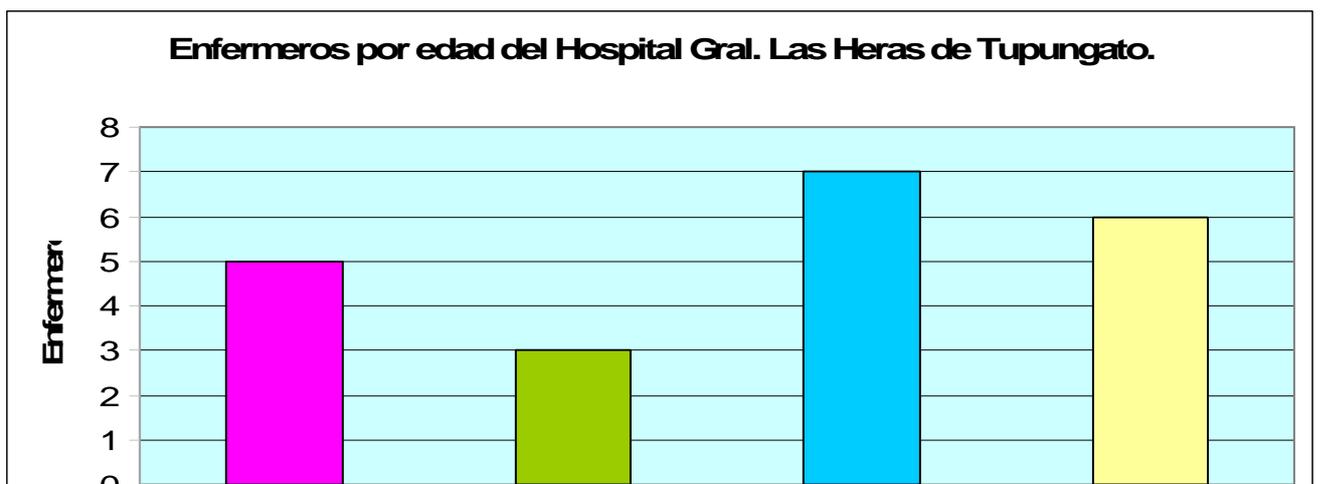
Formación	SI		NO		Total
	fa	F %	fa	F %	
Auxiliar	5	28,57%	2	9,52%	38,09%
Profesional	12	52,38%	2	9,53%	61,91%
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>80,95%</b>	<b>4</b>	<b>19,05%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermera del Hospital Gral. Las Heras encuestados entre 21/12/07 hasta 15/02/08.

**Análisis:** Observamos que el 52,38 % del personal profesional de enfermería del Hospital Gral. Las Heras están dispuestos a recibir capacitación, el 9,52% de los auxiliares no esta dispuesto a capacitarse, Entre los enfermeros profesionales está el 9,53% que no desea capacitarse. Mientras que los auxiliares 28,57 % se predispone a la capacitación.

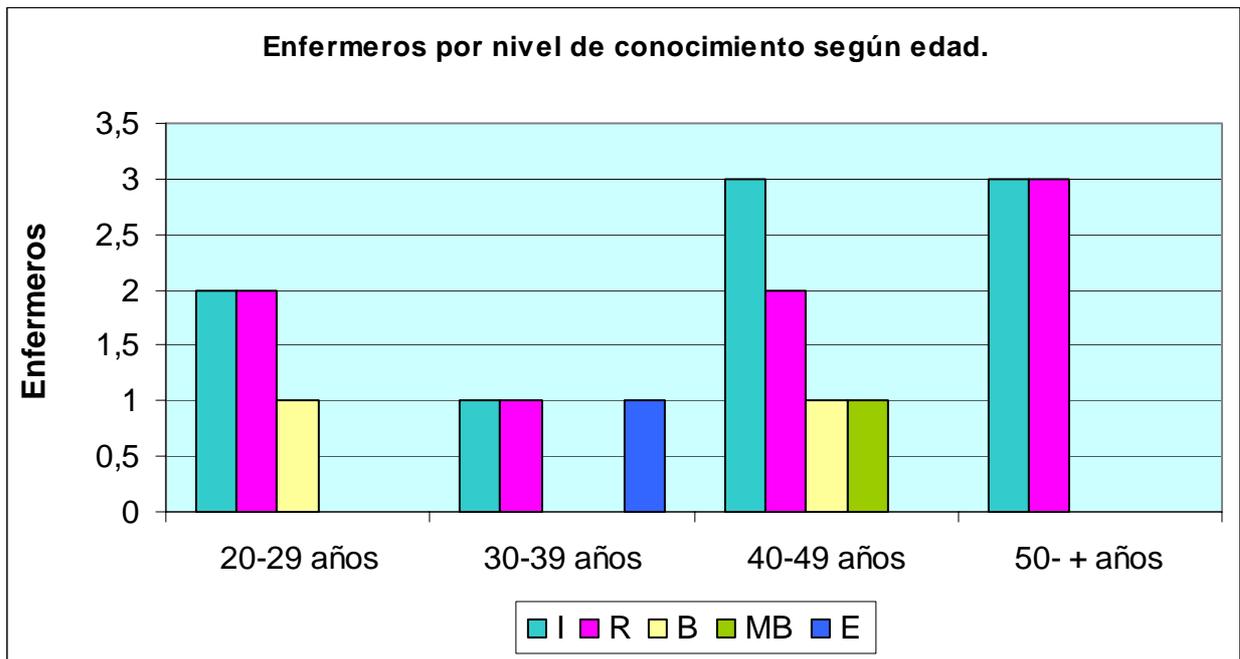
## Presentación de Resultados

Gráfico I: Enfermeros por edad



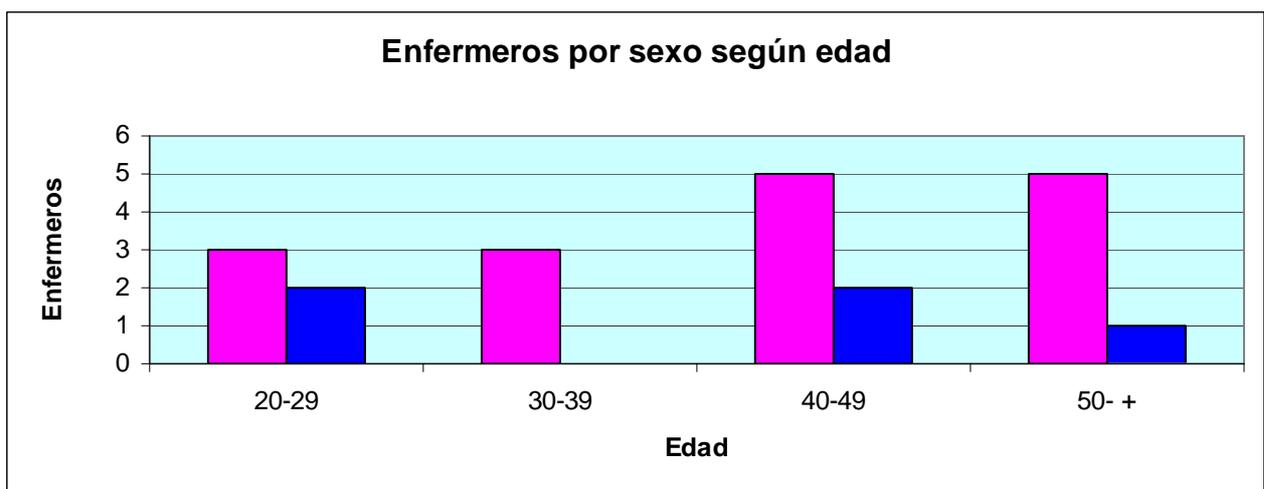
**Análisis:** se observa que la mayoría del personal de enfermería del hospital Gral. Las Heras es mayor de 40 años de edad.

**Gráfico II: Enfermeros por nivel de conocimiento según edad.**



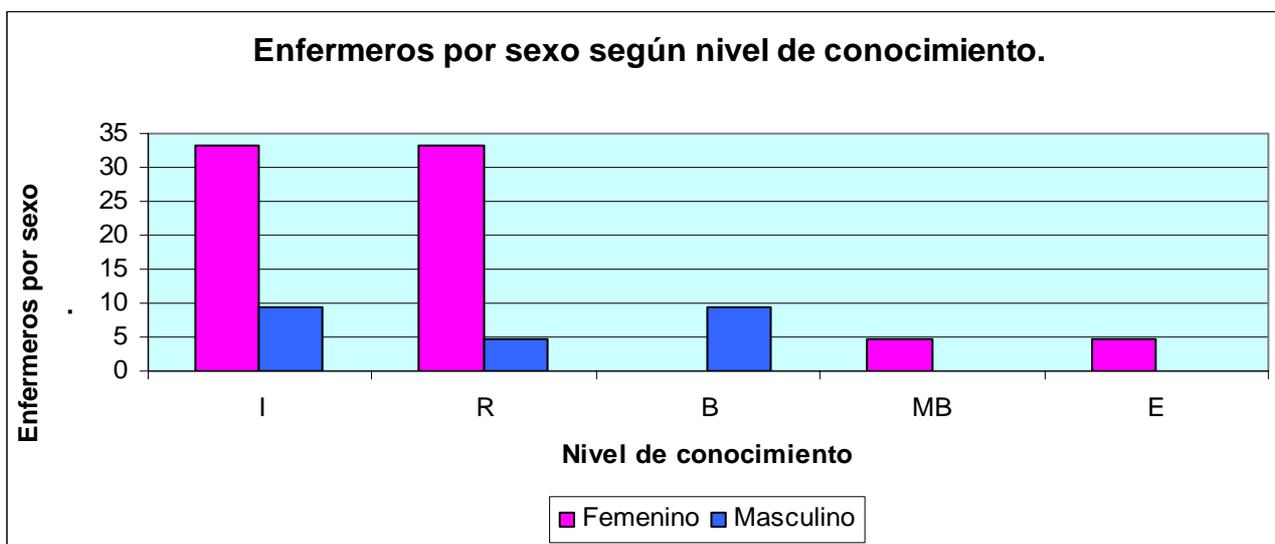
**Análisis:** Se observa que existe un mayor porcentaje de insuficientes y regulares en el personal de la institución que tiene más de 40 años de edad.

**Gráfico III: Enfermeros por sexo según edad.**



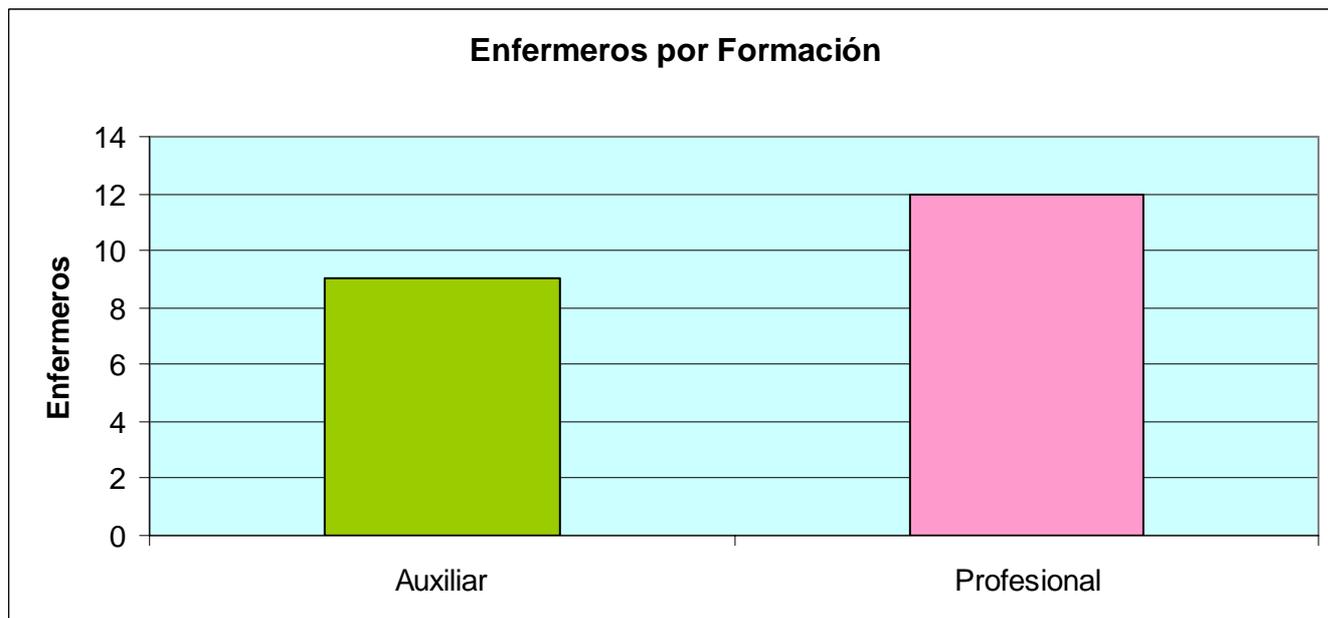
**Análisis** Se observa que la mayoría del personal del Hospital Gral. Las Heras es mayor de 40 años y de sexo femenino.

**Gráfico IV: Enfermeros por sexo según nivel de conocimiento.**



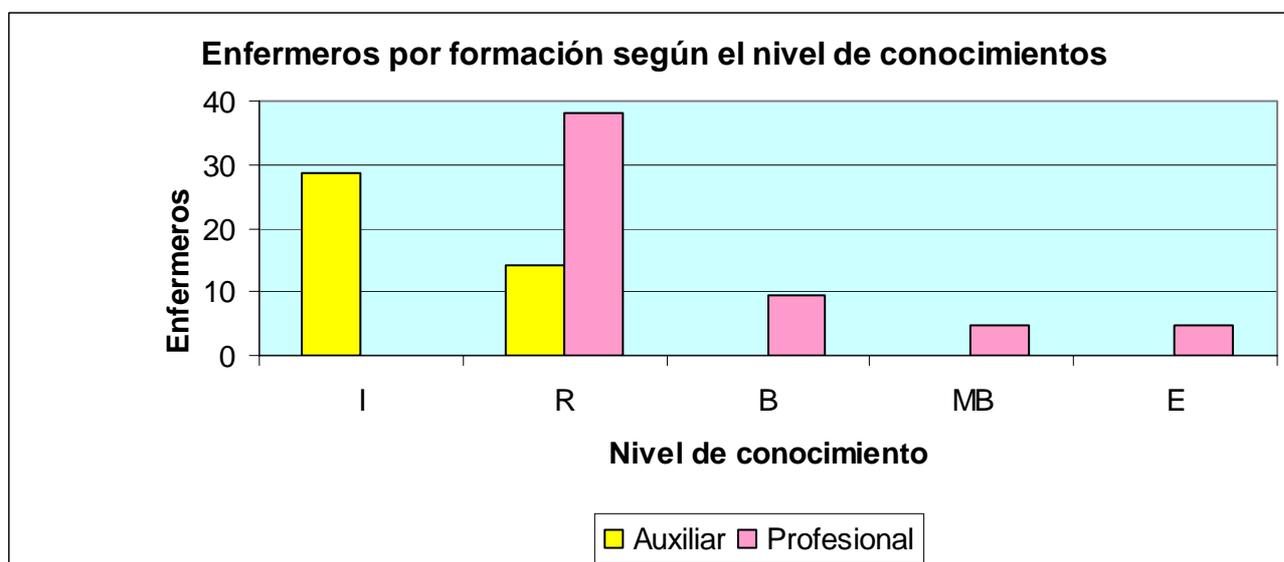
**Análisis** Se observa que el conjunto de insuficientes y regulares la obtuvo el sexo femenino del personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato; pero si tenemos en cuenta el total de femeninos y masculinos con la que trabajamos podremos notar que los porcentajes se igualan.

**Gráfico V: Enfermeros por formación.**



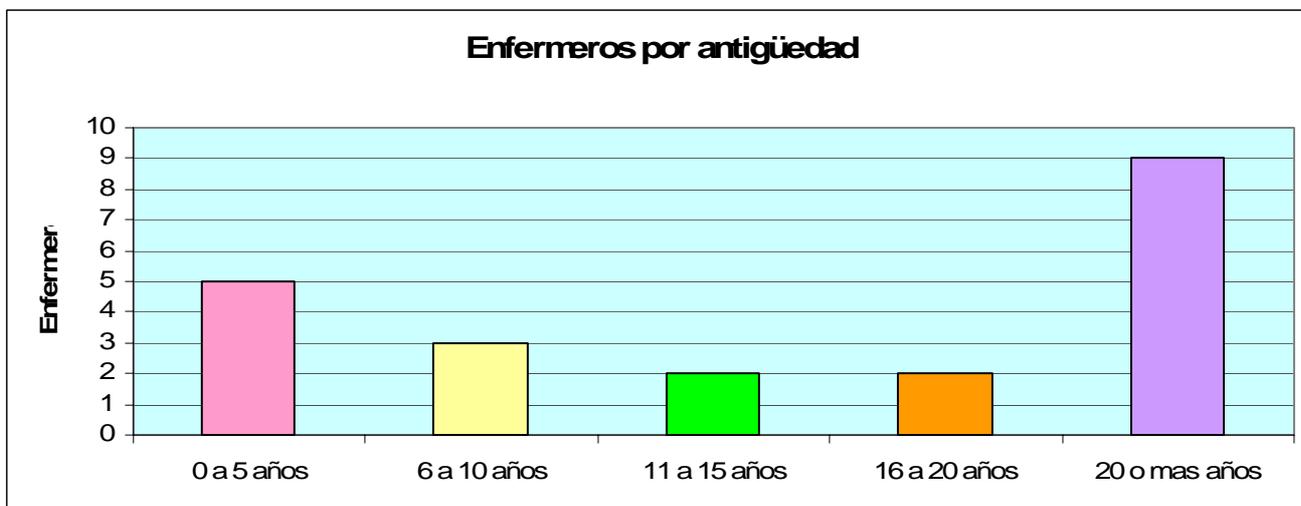
**Análisis:** Se observa que la mayoría del personal de enfermería posee una formación profesional.

**Gráfico VI: Enfermeros por formación según nivel de conocimiento**



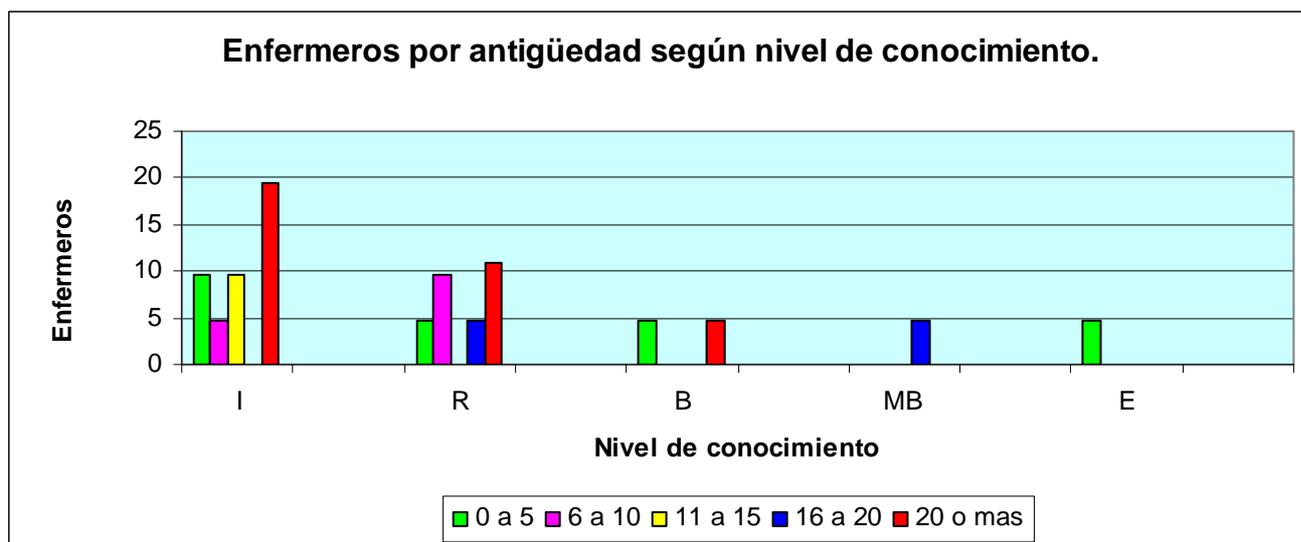
**Análisis** el nivel de conocimiento del personal del Hospital Gral. Las Heras es más alto en los enfermeros profesionales.

**Gráfico VII: Enfermeros por antigüedad.**



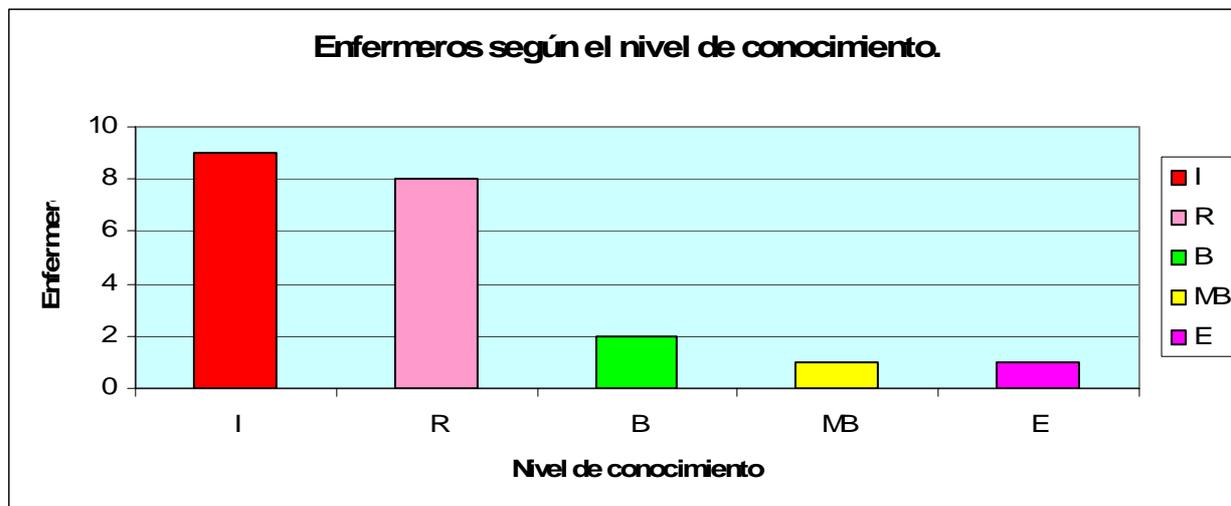
**Análisis** Se observa que la mayor cantidad de enfermeros del hospital Gral. Las Heras tienen una antigüedad de más de 20 años de servicio.

**Gráfico VIII: Enfermeros por antigüedad según nivel de conocimiento**



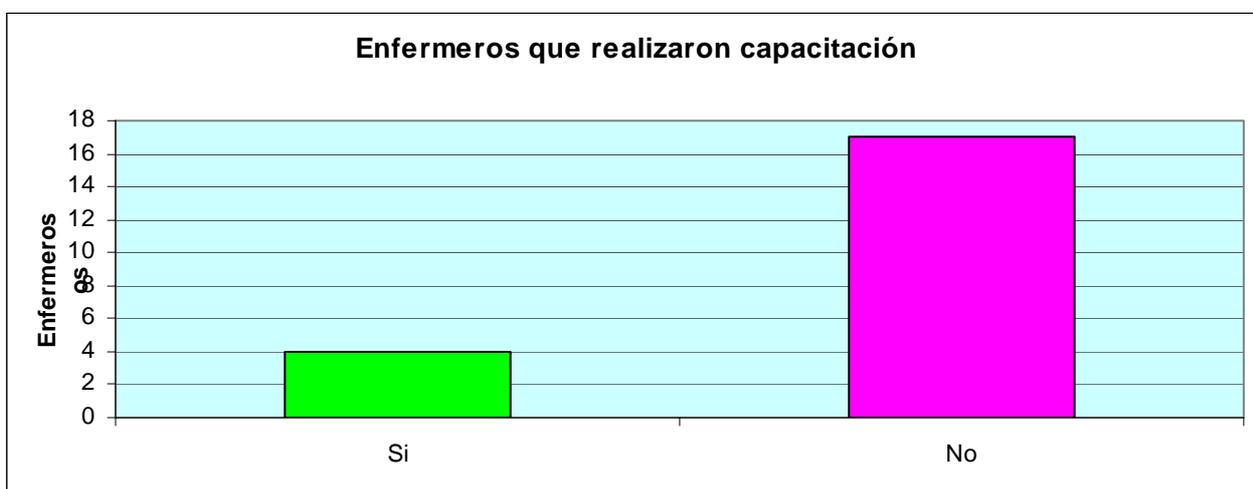
**Análisis** Se observa que los enfermeros con mayor antigüedad tienen menos conocimientos de la temática sobre violencia intrafamiliar.

**Gráfico IX: Enfermeros según nivel de conocimientos.**



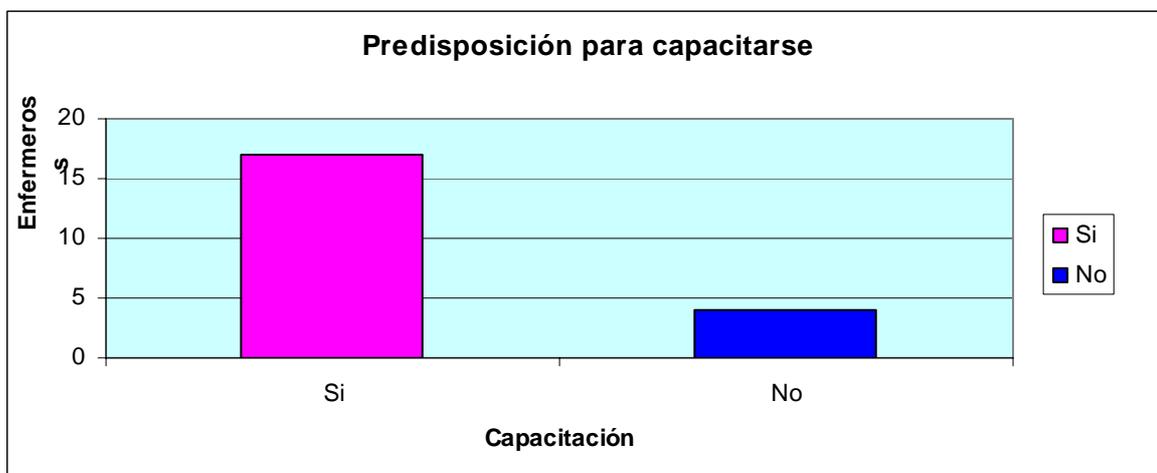
**Análisis** Se observa que la mayoría del personal de enfermería posee bajo nivel de conocimiento.

**Gráfico X Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por capacitación sobre violencia en el último año**



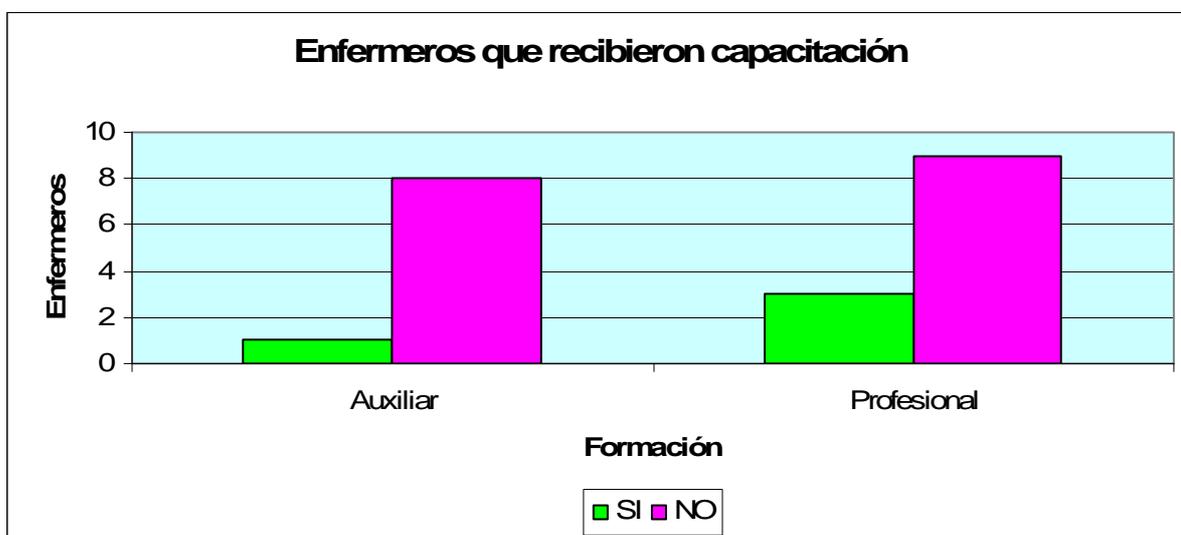
**Análisis** Se observa que 17 de los 21 enfermeros del Hospital Gral. Las Heras no han realizado capacitación sobre violencia en el último año lo que coincide con nuestra hipótesis.

**Gráfico XI: Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por predisposición de capacitarse en el tema de violencia intrafamiliar.**



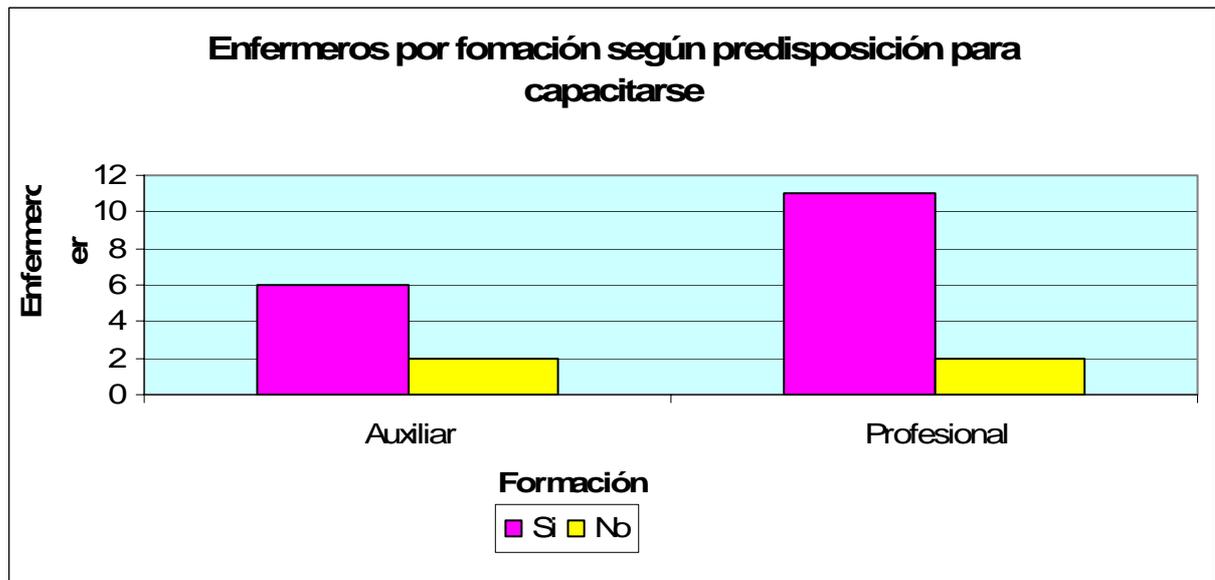
**Análisis** Se observa que el 80% de los enfermeros del Hospital Gral. Las Heras están dispuestas a capacitarse sobre la temática de violencia intrafamiliar. Debido a que creen que es de suma importancia tener los conocimientos del tema y la debida instrucción para abordarlo.

**Gráfico XII Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por formación según capacitación realizada sobre violencia intrafamiliar durante el último año**



**Análisis** Se observa que los que realizaron capacitación fueron los enfermeros profesionales (3) que los auxiliares (1).

**Gráfico XIII Enfermeros del Hospital Gral. Las Heras por formación según predisposición de capacitarse en el tema violencia.**



**Análisis:** Se observa que 11 enfermeros profesionales del Hospital Gral. Las Heras tiene la predisposición de capacitarse en violencia.

## **Conclusión**

De acuerdo al análisis que obtuvimos de las tablas y gráficos expuestos podemos decir que el personal de enfermería del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato no poseen los conocimientos o herramientas necesarias para la detección, abordaje y seguimiento de casos de violencia intra-familiar. Se pudo observar que el mismo no se encuentra capacitado para valorar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad en el tema de violencia, requisitos fundamentales para que estos casos puedan ser evaluados e intervenidos por el equipo interdisciplinario correspondiente, y así realizar el diagnóstico y estrategias adecuadas, lo que fundamenta la hipótesis de nuestro trabajo.

La falta de conocimiento de la legislación, de procedimientos legales y de la existencia de un programa específico de violencia hace que no se puedan receptar las denuncias lo que significa que se les niega a estos pacientes la capacidad de incorporar nuevas estructuras y nuevas herramientas que le permitan enfrentar dicha problemática.

En este trabajo se pudo visualizar que los mayores porcentajes de Regular e Insuficiente coincide con la formación de auxiliares (Insuficiente 28,57; Regular 14,28) siendo así también el personal mayor de 50 años de edad. También observamos que la mayoría del personal es de sexo femenino, teniendo en cuenta que la muestra de nuestro estudio es de un número pequeño (21) de enfermeros, es por ello que el nivel de conocimiento es alto en regulares e insuficientes en dicho sexo.

Notamos además que en esta institución el 57,15% del personal de enfermería posee una formación profesional, mientras que el 42,85% restante es enfermero auxiliar, lo que deja entrever que la mayoría de ellos tiene una antigüedad de más de 20 años, revelándonos así que los que tienen menor de 5 años de trabajo y los que tienen más de 20 años en la institución obtuvieron el mayor porcentaje en la escala de insuficientes y regulares.

Al mismo tiempo quedó en evidencia que la mayoría de los enfermeros del nosocomio, no recibió capacitación en el último año pero a su vez un 80% de los encuestados están predispuestos a recibir capacitación.

Por lo tanto al finalizar este estudio confirmamos nuestra hipótesis de que los enfermeros del Hospital Gral. Las Heras de Tupungato, no están capacitados en la problemática de violencia intrafamiliar.

## **Recomendaciones**

Es importante reconocer que las acciones y los esfuerzos de atención, prevención e información que se realicen para combatir la violencia de género, así como la unión de los esfuerzos contribuyen a la creación de una cultura de igualdad y equidad libre de violencia, donde las relaciones de los hombres y las mujeres se basen en el respeto, la tolerancia y la responsabilidad compartida. Es por eso que como equipo de salud recomendamos:

- Capacitación del personal de enfermería en la temática de violencia intrafamiliar.
- Difusión de funciones y actividades del G.A.R.
- Creación de un espacio físico para la atención de estos casos detectados.

## Bibliografía

- Bleichmar S. Otros. “*Intervención en crisis ¿Encuadre o dispositivo analítico?*” 3º edición, editorial Brujas Córdoba 2005. Pág. 9-175.
- Corsi Jorge; Compilado “*Violencia familiar una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* “.1º ed. 5º reimp. Editorial Paidós S.A.I.C.F, Bs. As. Octubre 2004 Pág. 1-233.
- Piracés Arturo; Compilado cátedra de la carrera de la Tecnicatura en Minoridad y Familia.
- Material brindado por el grupo GAR. Hospital General Las Heras de Tupungato.

## **Anexos**



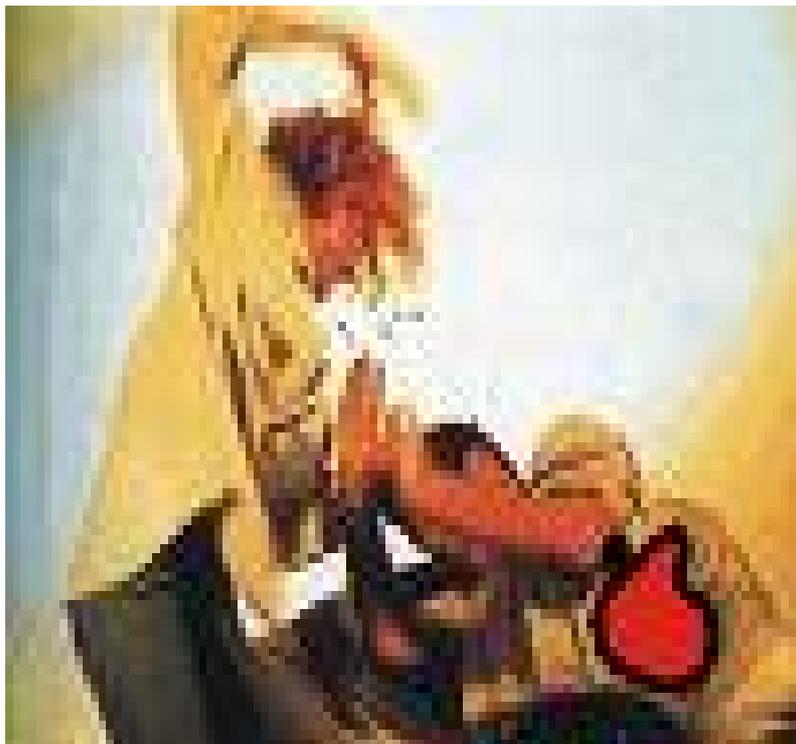
## Anexo 2

Imagen referida a la violencia que sufren algunas de las mujeres en su hogar



## Anexo3

Imagen que refleja la agresión física



## Anexo 4

Imagen que nos muestra la agresión psíquica para el niño que sufre de violencia en su hogar.



## Anexo 5

Imagen que nos muestra el abuso sexual de niños en el hogar.



## Anexo 6

Imagen demostrativa del abuso infantil



# Anexo 7

## Matriz de Datos

Unidad de Análisis	Edad				Sexo		Antigüedad					Formación		Nivel de Conocimiento				
	A	B	C	D	A	B	A	B	C	D	E	A	B	A	B	C	D	E
1	X				X		X					X			X			
2	X				X		X					X		X				
3	X				X			X				X			X			
4	X					X	X					X		X				
5	X					X	X					X				X		
6		X			X		X					X						X
7		X			X			X					X		X			
8		X			X			X					X	X				
9			X		X					X		X		X				
10			X		X					X		X					X	
11			X			X					X		X		X			
12			X		X				X			X		X				
13			X			X					X	X				X		
14			X			X			X				X	X				
15			X		X					X			X	X				
16				X	X						X		X		X			
17				X	X						X	X			X			
18				X	X						X	X			X			
19				X	X						X		X	X				
20				X	X						X		X	X				
21				X	X						X		X	X				
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## **Anexo 8**

### **Codificación de Variables**

#### **Edad.**

- A-** 20 a 29 años.
- B-** 30 a 39 años.
- C-** 40 a 49 años.
- D-** De 50 o más años.

#### **Sexo:**

- A-** Femenino.
- B-** Masculino.

#### **Antigüedad.**

- A-** 0-5 años
- B-** 6-10 años
- C-** 11-15 años
- D-** 16-20 años
- E-** 20 o más años

#### **Formación.**

- A-** Profesional-.
- B-** Auxiliar

## **Nivel de conocimiento**

**A-** Insuficiente.

**B-** Regular.

**C-** Bueno

**D-** Muy Bueno

**E-** Excelente.