

---

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN A DISTANCIA  
CARRERA DE LICENCIATURA EN ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL  
GRUPO – JUJUY**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN**

**“EXPERIENCIAS DE CUIDADO  
EN VIOLENCIA DE GENERO”**

Estudio realizado con mujeres en situación de violencia, de los enfermeros del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy, durante Octubre del 2018 y Febrero del 2019.

**ASESORA METODOLÓGICA:**

Lic. TEJERINA, Rosana Mariela.

**AUTORAS:**

ABALOS, Miriam Leandra.

MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica.

**San Salvador de Jujuy, Junio del 2019.**

"EL ÉXITO EN LA VIDA  
NO SE MIDE  
POR LO QUE LOGRES,  
SI NO POR LOS  
OBSTACULOS QUE  
LOGRES SUPERAR"

*Anónimo.*

## **DATOS DE LAS AUTORAS**

---

- **ABALOS, Miriam Leandra.**

Enfermera Profesional graduada del Instituto Superior de Capacitación y Superación Profesional “Lic. Myriam B. Gloss” de la Provincia de Jujuy en el año 2015. Actualmente cumple funciones en el Hospital Pablo Soria, en el servicio de Cirugía, de la Provincia de Jujuy.

- **MARTINEZ LAMAS, Elba Verónica.**

Enfermera Profesional, egresada en el año 2014 de la Escuela de Enfermería Cruz Roja Filial Salta. Actualmente desempeña sus funciones en Atención Domiciliaria con pacientes adultos, en la Provincia de Salta.

## **AGRADECIMIENTOS**

---

Estamos profundamente agradecidas a todos aquellos que hicieron posible realizar la ejecución de este informe de investigación, por su tiempo, su cooperación acompañamiento, por su infinita paciencia y apoyo.

Sin embargo este trayecto de Licenciatura concluyó y en primer lugar damos gracias a nuestras familias, que con absoluta paciencia y amor supieron valorar todo el esfuerzo y dedicación a nuestra formación profesional.

También damos gracias a todo el personal que desempeña sus funciones en el Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy, por permitirnos realizar el Informe de Investigación, al Director del Hospital Rivas Marcos, a las Jefas de los Servicios de Enfermería y a todos los Enfermeros que colaboraron con la información.

Como también al equipo académico, en especial la ayuda incondicional de la Profesora Tejerina, Rosana Mariela al asesorarnos adecuadamente en momentos difíciles, brindando el acompañamiento necesario en cada etapa, apostando al crecimiento y transformación de la Profesión de Enfermería.

**A todos Muchas Gracias.**

## INDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>PROLOGO</b> .....	6
<b>CAPÍTULO I: Introducción.</b>	
<hr/>	
Planteo y Definición del Problema.....	9
Justificación.....	27
Objetivo General y Específicos.....	28
Marco Teórico.....	28
Definición conceptual de la variable.....	41
<b>CAPÍTULO II: Material y Método.</b>	
<hr/>	
Tipo de Estudio.....	45
Operacionalización de la Variable.....	45
Universo y Muestra.....	46
Fuente, Técnica e Instrumento.....	46
Recolección de datos.....	47
Procesamiento de datos.....	47
<b>CAPÍTULO III: Resultados.</b>	
<hr/>	
Presentación de datos (Tablas y Gráficos).....	49
<b>CAPÍTULO IV: Discusión.</b>	
<hr/>	
Discusión.....	56
Conclusión.....	59
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61
<b>ANEXOS.</b>	
<hr/>	
I. Autorización de autoridades de la institución.....	65
II. Consentimiento informado.....	68
III. Cuestionario.....	69
IV. Tabla Matriz.....	73

## RESUMEN

El presente trabajo describe y analiza los aspectos sobre la experiencia de cuidado de enfermería en mujeres con situación de violencia de género, el cual crece día a día y la mejor forma de prevenirla es estar informado y atento a los primeros signos de violencia.

**Introducción:** Desde tiempos antiguos las mujeres viven padeciendo situaciones de violencia, siendo a nivel mundial unos de los problemas con más represión hasta llegar, en la actualidad, a vivencia de modo cuasi cotidiano los denominados femicidios, por parte de la pareja. El objetivo principal de la investigación estuvo orientado a la finalidad de conocer las experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia de género (Gordon, 2004). Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Se considera que la violencia contra las mujeres constituye una violación a los derechos humanos y según Pantoja (2014), este reconocimiento tiene una historia reciente. Desde la perspectiva de género, se entiende que estas violencias manifiestan lo más primario del patriarcado, sexismo, machismo y misoginia, y su erradicación implica una profunda tarea. Comprender la lógica de los conocimientos históricos de la violencia sexista ayuda a vislumbrar el proceso por el cual fue naturalizada.

Durante los siglos XIII y XIX no existieron diferencias relevantes en el trato hacia la mujer. Según Sarmiento (1995), recién a finales del siglo XIX:

Se dicta en los Estados Unidos -año 1882- la primera ley que castiga el maltrato conyugal, en la cual se imponía como castigo un año de privación de la libertad al victimario por los abusos cometidos, aunque dicha norma solo estuvo vigente un año. No obstante, el avance en algunas comunidades, agrega el mismo autor, aún en el siglo XX rigen leyes ratificadas en Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Árabes, Irán e Irak “donde se permite asesinar a las mujeres de la familia si incurren en adulterio o deshonor, para la cual es posible apedrearla hasta la muerte (p. 59).

En cuanto a la Argentina, se señala que: A pesar de que la intervención pública ha sido en general errática y poco comprometida, contamos con una legislación actualizada a nivel regional y nacional. El principal desafío para la

erradicación de la violencia de género reside en su instalación en la agenda pública y el compromiso de gestión de políticas públicas orientadas a las mujeres desde un enfoque de promoción de derechos y de construcción de ciudadanía.

En el año 2009 se sancionó la ley 26.485, Ley de protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. Ministerio de la Nación Argentina. (p.13).

El Ministerio de Salud Pública provincial señala que en la provincia de Jujuy los casos de violencia familiar son una problemática socioeconómica y cultural con el agregado de multicausales.

Las acciones del movimiento de mujeres a través de las movilizaciones y marchas tienen el propósito de visibilizar la violencia de género como un problema estructural y, además, denuncian que los femicidios no son “crímenes pasionales” ni que las golpizas que ejercen los varones sobre sus compañeras de vida son un “problema de parejas”.

Se considera esencial conocer en casos de violencia de género, los aspectos éticos y legales ante una situación de maltrato a la mujer, en cuanto el personal de salud se enfrenta a un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para la víctima y personal sanitario planteando en ocasiones un dilema ético a los profesionales en la toma de decisiones.

En síntesis, a los efectos de esta investigación se encontraron respuestas en cuanto a: la recepción, atención y comunicación a familiares y/o autoridades policiales, como así también referencias a la importancia de los factores que intervienen en la institución y la implementación de protocolo en la recepción, atención y contención a las víctimas de violencia, el reconocimiento de signos y síntomas propios de estos pacientes que, en muchos casos, niegan el origen de estas lesiones.

Asimismo, se detecta un vacío de conocimiento a nivel nacional y local sobre la experiencia de las prácticas de enfermería, los que revelan que son pocos los cuidados a estos pacientes, abriendo al mismo tiempo el interrogante sobre el modus operandi que ejercen los profesionales.

Se justificó este trabajo, por qué se observó que no existen muchos conocimientos e información sobre los cuidados que se deben brindar, por parte de los profesionales en los cuales existen una gran demanda de población e incrementos de casos en los cuales acuden a dicho hospital. Es necesario priorizar y mejorar la calidad en lo asistencial.

Para conocer datos estadísticos de cómo se manejan los profesionales de enfermería con respecto al tema. Para implementar estrategias de atención con las pacientes. Para realizar protocolos que mejoren la atención y cuidado de las pacientes Para mejorar el trabajo con el equipo interdisciplinario.

Se determinó como objetivo general, conocer las experiencias del cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, por parte de los enfermeros del Hospital Público Pablo Soria, en el segundo semestre del año 2018.

Como objetivos Específicos; Describir la experiencia de cuidado a mujeres en situación de violencia de género en relación a: Recepción de la paciente y su familia, Contención emocional de la paciente y la familia, Comunicación e información, Trabajo en equipo y derivación, Seguimiento y registros.

**Material y Métodos:** Tipo de estudio Descriptivo: Se baso en la recolección de datos por medio de encuesta, Transversal: Se realizó durante el periodo Octubre 2018 y Febrero 2019. La variable en estudio *“Experiencia de cuidado a mujeres en situación de violencia, de los enfermeros del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy”*, las dimensiones son: Recepción de la paciente victima de género y su familia, Contención Emocional de la paciente y familia, Comunicación e Información, Trabajo en Equipo y Derivación, Seguimiento. La técnica de recolección de datos que se utilizo fue una encuesta con modalidad de cuestionario impreso auto-administrado, que se aplicó a la población de 38 enfermeros, ambos sexos del Servicio de Enfermería del Hospital Pablo Soria. Una vez obtenido los datos fueron ordenados y volcados en una tabla matriz para su posterior tabulación, de este modo se conocieron las experiencias de cada uno, como actúan y si tienen el conocimiento necesario para afrontar la situación, obteniendo frecuencias y porcentaje.

Para la realización de la recolección de datos, se solicitó autorización elevando una nota al Director del Hospital Pablo Soria y a las Jefas de Servicio.



**Resultados:** En las Dimensiones de **La Experiencia de la Recepción de la Paciente y Familia** el (48%) de los Enfermeros en primer lugar crea un ambiente de recepción tranquilizadora y segura, el (39%) brinda asistencia inmediata y el 13% pide ayuda a otro profesional. En las **Dimensiones de la Experiencia de Contención Emocional de la Paciente y Familia** el (53%) de los Enfermeros brinda un ambiente tranquilo, el (39%) empatía a las pacientes y el (26%) realiza intervención paciente y familia. En relación a las **Dimensiones de la Experiencia y la Comunicación** el (66%) tiene una relación con la paciente y la familia, mientras que el (53%) da una información necesaria y legal. En las **Dimensiones de la Experiencia de Trabajo en Equipo y Derivación** el (68%) de los Enfermeros derivan a las pacientes a otras instituciones y el (39%) participa con el equipo interdisciplinario. En las **Dimensiones de la Experiencia de Seguimiento y Registros** el (79%) de los Enfermeros realizan a corto plazo (asistencia continua durante la estadía) y el (21%) a largo plazo (CAPS).

**Discusión:** Lo cierto es que a partir de los resultados obtenidos en relación a la experiencia de cuidado a mujeres con violencia de género de los Enfermeros, se pudo observar las características generales de la población, se determinó que la edad que más predomina es de 40 a 49, son más mujeres que varones, la formación profesional mas son Enfermeros Profesionales que Enfermeros Universitarios y Licenciados, la mayoría de los Enfermeros trabajan de 5-15 años de servicio. Según la Experiencia en la Recepción de la paciente y su familia en los Enfermeros crean un ambiente de recepción tranquilizador y seguro esto se relaciona con los Autores: Higa, R.; Mondaca, A.; Reis, M. J. & López, M. (2008), sobre el Protocolo de enfermería, señalan que: La recepción sobre la atención de urgencia debe ser inmediata, con seguimiento de 5 días después de la violencia. Y el tardío, luego de cinco prestaciones que se ofrecen durante las 24 horas, se prioriza la atención en el momento que la víctima llega al servicio "(...) el paciente es recepcionado por el enfermero que obtiene datos de anamnesis, ejecuta la prescripción médica (...) realiza intervenciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos (...) médico. (pp. 377-82). En la Experiencia de Contención Emocional de la paciente y

familia en los Enfermeros Brinda un Ambiente tranquilo y se relaciona con los siguientes Autores: Vargas, M.; Dorado Siles, Díaz, A.; Díaz Benavente & Camacho, B. (2006), refieren a la atención de los aspectos emocionales de la víctima de violencia de género, en el cual el personal de enfermería debe estar preparado para: enfrentarse ante cualquier situación relacionado con la violencia de género; identificar a las víctimas; estar capacitado para diagnosticarlas, tratarlas y asesorarlas, cumpliendo siempre con sus obligaciones éticas, morales y legales; proporcionar apoyo y orientación a estas pacientes y procurarle una recuperación física y psíquica lo antes posible para una pronta reinserción en la vida cotidiana. La Experiencia en la Comunicación e Información los Enfermeros tiene en primer lugar relación con la paciente y familia esto se relaciona con los Autores: Faúndes, Rosas & Bedone (2006), señalan la importancia que “los profesionales de la salud estén mejor informados sobre este tema, deben saber evaluar las señales y síntomas presentados, prevenir y tratar sus dolencias. En la Experiencia Trabajo en Equipo y Derivación no tienen participación interdisciplinaria con el equipo, la mayoría los derivan a otras Instituciones. Según Bull (2009), los profesionales deben reconocer los propios sentimientos acerca de la violencia de género, porque si perciben incomodidad con la situación, debería delegar la atención del paciente en un colega. Asimismo, se debe procurar reducir los sentimientos negativos de los pacientes y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer Dispositivos legales al alcance de la mujer forma parte del cuidado integral. En la Experiencia del Seguimiento a la paciente víctima de violencia de género los Enfermeros realiza un Seguimiento a Corto Plazo. Según la Consejería de Salud (2011), de España, los protocolos pueden favorecer el desarrollo de habilidades de búsqueda o gestión de información más actualizada, en la superación o capacitación del recurso humano desde su puesto de trabajo (...), de manera que pueda constituir una de las herramientas más útiles para la reducción de la variabilidad de los cuidados que brinda enfermería en los diferentes escenarios asistenciales.

**Palabras Claves:** Experiencia, Cuidado, Enfermería, Violencia de Genero y Mujer.

## **PROLOGO**

Se considera que la violencia de género, además de ser violatoria de los derechos humanos, se constituye como uno de los problemas de salud pública más importante en la actualidad. Asimismo, este tipo de violencia implica una manifestación extrema de la desigualdad relacionada con el género impuesta a las mujeres a causa de su posición subordinada dentro de la sociedad.

La violencia de género tiene consecuencias devastadoras; se ejerce de modo prolongado y repercute tanto en la salud física como en el bienestar mental de las personas que la soportan. Además, se considera que colocan en peligro el desarrollo social de otras personas dentro de las familias, de la comunidad donde viven las personas afectadas y en la sociedad en general.

Desde tiempos antiguos y en algunas culturas, religiones y sociedades, la violencia de género se fue construyendo desde una concepción de violencia sexista hacia la mujer, y este conocimiento permite analizar el proceso por el cual fue dicha violencia naturalizada de diversas maneras.

Durante muchos años ha sido un problema invisible para la sociedad y ya en la actualidad la percepción social de esta situación está cambiando: la mujer es concebida como un ser autónomo e independiente y aunque la violencia de género no es un fenómeno nuevo, ahora se visibiliza como un problema social y de salud pública.

En este marco, se destacan los desafíos de los profesionales de la enfermería desde las experiencias que genera el hecho de abordar el complejo problema de la víctima de violencia de género, que se recurre a los servicios de cirugía de mujeres y ginecología del Hospital Pablo Soria de la Provincia de Jujuy.

Estas experiencias de enfermería permiten descubrir cómo interviene el personal de enfermería y las dificultades con que se encuentran a diario en el servicio y acciones de atención.

La realización de este informe está basado en un proyecto elaborado en el año 2018, por las autoras: García, Daniela Andrea y Talaba, Ana Verónica, colegas que cursaban Taller de Trabajo Final en ese momento, quienes

abordaron la temática sobre “Experiencia de Enfermería en el Cuidado a Mujeres Víctimas de Violencia del Hospital Santa Teresita de Cerrillos, Provincia de Salta, segundo semestre del 2018.

A dicho proyecto se le realizó las adaptaciones necesarias para poder ejecutarlo en las condiciones del año en curso a su ejecución.

Esta investigación se encuentra organizada en el formato de I M R y D.

- **Capítulo I:** Introducción: Planteo y definición del problema. Justificación. Objetivo General y específicos. Marco Teórico y Definición conceptual de las Variable.
- **Capítulo II:** Material y Método: Tipo de estudio. Universo y muestra, Operacionalización de la Variable, Fuente, Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos, Procesamiento, Presentación y análisis realizado.
- **Capítulo III:** Resultados: Presentados en Tablas.
- **Capítulo IV:** Discusión. Conclusión. Recomendaciones. Resumen.

El informe se completó exponiendo la Bibliografía utilizada y los Anexos, entre los que se incluyeron: Solicitud de Permiso, Consentimiento Informado, Instrumento de recolección de datos y Tabla Maestra.

# CAPITULO I

Introducción.

Desde las épocas más remotas de la cultura humana se ha manifestado la subordinación de las mujeres respecto a los hombres. Este fenómeno no se ha limitado sólo a concebir la inferioridad femenina, sino que ha trascendido las fronteras de lo racional hasta llegar incluso a manifestarse mediante comportamientos agresivos, que acreditados por el patriarcado y ratificados luego por las sociedades ulteriores, conforman la histórica y universal violencia de género.

Se considera que la violencia contra las mujeres constituye una violación a los derechos humanos y según Pantoja (2014), este reconocimiento tiene una historia reciente. Desde la perspectiva de género, se entiende que estas violencias manifiestan lo más primario del patriarcado, sexismo, machismo y misoginia, y su erradicación implica una profunda tarea. Comprender la lógica de los conocimientos históricos de la violencia sexista ayuda a vislumbrar el proceso por el cual fue naturalizada. Tal como se señala en el prólogo, de diversas maneras se ha manifestado desde la antigüedad en diferentes culturas, religiones y sociedades, siendo también convalidada muchas veces desde la filosofía, la ciencia y la política.

Según Buvinic, Morrison & Orlando (2005), la debilidad del contrato social vigente en una gran parte de los países y el retroceso de los ordenamientos jurídicos relativos a los derechos civiles, económicos y sociales, han favorecido a la violencia que interfiere en la calidad de vida. Por lo tanto, señalan que en nuestras sociedades es necesario entender el proceso de la violencia en todas sus facetas y en sus diferentes causalidades, posibilitando estudiar tanto a víctimas como a victimarios.

Durante los siglos XIII y XIX no existieron diferencias relevantes en el trato hacia la mujer. Según Sarmiento (1995), recién a finales del siglo XIX:

Se dicta en los Estados Unidos -año 1882- la primera ley que castiga el maltrato conyugal, en la cual se imponía como castigo un año de privación de la libertad al victimario por los abusos cometidos, aunque dicha norma solo estuvo vigente un año. No obstante, el avance en algunas comunidades, agrega el mismo autor, aún en el siglo XX rigen leyes ratificadas en Arabia Saudita, Kuwait, Emiratos Árabes, Irán e Irak “donde se

permite asesinar a las mujeres de la familia si incurren en adulterio o deshonor, para la cual es posible apedrearla hasta la muerte (p. 59).

Por su parte, Bebel (2011) señala que:

Algunos hechos datan del año 400 A.C., cuando las leyes de Bizancio establecían que el marido era un Dios al que la mujer debía adorar. Ella ocupaba un lugar tan insignificante que ni siquiera podía recibir herencia o beneficio alguno. En la India, los testimonios más antiguos aseguran que si la mujer enviudaba era quemada viva junto al cadáver del esposo en una ceremonia llamada Sati. Además, la mujer infecunda era repudiada, al igual que la que gestaba sólo hijas y en las comunidades de Irán y Etiopía, el nacimiento de una mujer era una deshonor, siendo incluso este vocablo sinónimo de bajeza, debilidad y desgracia. (p. 13)

En Grecia, cuando la pareja era acusada de cometer un delito, la pena sólo se imponía a la mujer. Sin embargo, en Roma, el padre de familia tenía la autoridad sobre todas las personas con quienes convivía, mantenía el dominio, podía venderla, castigarla o matarla según sus deseos.

También se señala que, en la Edad Media, verbigracia, los nobles golpeaban a sus esposas con la misma regularidad que a sus sirvientes. Esta práctica llegó a ser controlada en Inglaterra, denominándose “Regla del Dedo Pulgar”: “referida al derecho del esposo a golpear a su pareja con una vara no más gruesa que el dedo pulgar para someterla a su obediencia tratando así que los daños ocasionados no llevaran al fallecimiento de la víctima” (De Vega Ruiz, 1999, p.10).

Cham (2013), por su parte, señala que el 30% de las mujeres de todo el mundo sufren violencia de género por parte de sus parejas y que el 35% la sufrirán en algún momento de sus vidas; de manera que se ha convertido en un problema de salud mundial de proporciones epidémicas, mientras que los sistemas de salud a nivel mundial pueden y deben hacer más por las víctimas. Asimismo, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), agrega que el 53% de latinoamericanas sufren algún tipo de violencia de género. En la mayoría de

casos, entre el 75% y el 80% de los agresores son personas conocidas por las víctimas. Los países donde las mujeres han presentado más denuncias por malos tratos son Bolivia 53%, Colombia 39%, Perú 39% y Ecuador 31%, mientras que Paraguay 18%, Jamaica 17%, República Dominicana 16% y Haití 13% serían los de menor porcentaje.

Medina (2002), señala que:

En las Naciones Unidas, hasta 1991, solo veintidós países del mundo industrializado habían concebido a las mujeres con iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonios, divorcios y propiedad familiar. Pero, además, esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyos formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún momento. (p. 5)

Russell & Radford (2010), (citado en Páez 2011), indican que Francia tiene el 95% de las víctimas de violencia mujeres y de ellas, el 51% fueron agredidas por sus maridos.

Por su parte, Strauss & Gells (1990) (citados en Páez 2011), mencionan que:

Las informaciones existentes son indicadores de preocupación como es el caso del continente americano, en el que Costa Rica tiene una de cada dos mujeres siendo víctima de agresión por parte de su pareja; en Puerto Rico, el 50 % de las mujeres víctimas de homicidios o asesinatos mueren en manos de sus ex esposos o esposos actuales; en México el 61% de las amas de casa son golpeadas por su pareja; mientras que en Argentina esto ocurre a una de cada cuatro mujeres, en Chile a un 80 % y en Ecuador a un 68% aproximadamente (...)En Colombia una de cada tres femeninas es objeto de malos tratos emocionales o verbales por parte del hombre y en Canadá, el 62% de las mujeres asesinadas. (p. 20)

De este modo, la violencia de género se dispara en zonas de conflictos, como en la frontera entre Ecuador y Colombia y donde hay presencia de grupos armados. Latinoamérica puede ser un ejemplo en cuanto a mujeres líderes, pero la realidad es que cuando se visibiliza en las sociedades, hay



mucho trabajo por hacer para que se garanticen los derechos de las mujeres y no queden impunes los delitos que se ejercen contra ellas.

También existe en América Latina una subcultura de la violencia y es relativa a las altas tasas de homicidio, con la presencia de un fuerte machismo, ejercido principalmente por hombres jóvenes contra las mujeres y contra otros varones para demostrar su masculinidad y, de esta manera, preservar su identidad masculina (Buvinic et al., 2005).

Lo señalado anteriormente, si bien constituye un grave problema demográfico social de salud pública y uno de los mayores obstáculos para el desarrollo y el bienestar de la población en América Latina, reflejan tres momentos históricos. En primer lugar, la violencia estructural; en segundo lugar, la expresión de creciente desigualdad social y, por último, la exclusión social y persistente pobreza ahora creciente a raíz de la imposición de políticas económicas de orden neoliberal. Como respuesta de este problema emergen dos tipos de violencias: una de orden político y otra de orden criminal, conforme indica Sánchez (2005).

En la actualidad, el sistema normativo de sexo género, también denominado patriarcal, continúa estableciendo en todos los escenarios de la sociedad de subordinación de la mujer otorgándole mayor importancia y reconocimiento social la figura masculina. Esta modalidad de relaciones jerárquica basado en diferencia sexuales y desigualdades de género limita el acceso de la mujer al cumplimiento de los derechos básicos, la ocupación de los cargos públicos, la exposición a riesgos físicos y psicosociales (violencia y discriminación), las condiciones de empleo y las condiciones de la vida doméstica, determinantes socioculturales y económicos fundamentales para la salud,

En cuanto a la Argentina, se señala que:

A pesar de que la intervención pública ha sido en general errática y poco comprometida, contamos con una legislación actualizada a nivel regional y nacional. El principal desafío para la erradicación de la violencia de género reside en su instalación en la agenda pública y el compromiso de gestión de políticas públicas orientadas a las mujeres desde un enfoque de promoción de derechos y de construcción de ciudadanía.

En el año 2009 se sancionó la ley 26.485, Ley de protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. Ministerio de la Nación Argentina. (p.13).

Asimismo, para llevar adelante políticas públicas con cierto grado de sostenibilidad, se hace necesario el compromiso y la voluntad política de los funcionarios para dotar a los efectores y a las oficinas públicas de recursos financieros, humanos y dispositivos técnicos acordes al problema.

Además, la intervención del Estado es necesaria para un cambio más estructural que permita modificar los mecanismos sociales de naturalización de las múltiples violencias, donde resulta profundamente discriminado el rol de las mujeres, niñas, adolescentes y adultas. Aunque no existen registros oficiales por parte del gobierno argentino, el presidente del Instituto de Políticas de Género Torrada, W. T. (2017), expresó que se calcula que cada 30 horas muere una mujer en Argentina a manos de su pareja o ex pareja, según datos de la Corte Suprema, y que el aumento de la violencia contra las mujeres ha incrementado a su vez el promedio de femicidios durante el año 2016.

Por otra parte, el gobierno de la provincia de Buenos Aires viene realizando un esfuerzo en la mejora del marco normativo para el tratamiento de las personas que son víctimas de violencia, para dotar de una mayor institucionalidad a los dispositivos, acciones de atención y prevención. Las movilizaciones contra la violencia machista, como las que ha generado el movimiento Ni Una Menos, o la marcha Vivas las Queremos, ha llevado a que muchas mujeres se atrevan a denunciar lo que antes ocultaban.

Cabe agregar que en los primeros 43 días del 2017, en la Argentina se cometieron 57 femicidios, lo que implica que cada 18 horas una mujer es asesinada por violencia de género.

El Ministerio de Salud Pública provincial señala que en la provincia de Jujuy los casos de violencia familiar son una problemática socioeconómica y cultural con el agregado de multicausales.

Las acciones del movimiento de mujeres -a través de las movilizaciones y marchas- tienen el propósito de visibilizar la violencia de género como un

problema estructural y, además, denuncian que los femicidios no son “crímenes pasionales” ni que las golpizas que ejercen los varones sobre sus compañeras de vida son un “problema de parejas”.

Así en los cuales arrojaron datos locales indican que, desde el año 2016 y 2017 dejó una gran conmoción en la sociedad jujeña, no por el dolor de la muerte sino por la crueldad que fueron cometidos y las consecuencias que esas pérdidas ocasionaron en la familia.

Este informe arroja datos sistematizados que dejan un devastador mapeo de las situaciones de violencia que sufren las mujeres.

Si bien JUJUY no está aislada de lo que vive el país y según el movimiento Mujeres de la Matria Latinoamericana (MuMaLá) que evaluó el periodo comprendido entre el 01 de enero y el 17 de noviembre de 2017. Entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2017 hubo 9 casos de femicidio en la provincia de Jujuy. La edad promedio de las víctimas es de 28 años, teniendo en cuenta que Solange Magdalena Velázquez tenía tan sólo nueve años, cuatro de los nueve casos acontecieron en el departamento de San Pedro y tres en Alto Comedero. Los dos restantes corresponden a los departamentos de Cochinoca y Humahuaca. El 55% de los cuerpos de mujeres fueron hallados en espacios públicos –basurales, senderos. Con respecto a la modalidad de asesinato, en cuatro casos los femicidas utilizaron armas blancas para amenazar, herir y matar a las víctimas. Dos casos fueron por asfixia mecánica, dos por politraumatismos y uno por incineración. En la totalidad de casos estuvieron involucrados 11 femicidas hasta donde se tiene conocimiento judicial. Cuatro de estos hombres fueron parejas o ex parejas de las víctimas y dos tenían un vínculo paterno con las mujeres que asesinaron.

Se informó además de las mujeres, el patriarcado en 2017 dejó su impronta violenta en la vida de los hijos de las víctimas. En total 12 niños y preadolescentes no sólo quedaron huérfanos y abandonados por el Estado sino, además, cuatro de ellos fueron testigos de asesinato de sus madres. Este breve resumen tiene sustento en el seguimiento de medios locales y el acercamiento a familiares y amigos de las víctimas.

A nivel nacional se sabe que un **75% de los crímenes fueron cometidos por hombres del círculo íntimo**, un 13% eran conocidos de la víctima, un 5% eran extraños y de un 7% se desconocen datos. Casi la mitad de las víctimas convivía con su asesino. Mientras que el **65% de los femicidios se cometieron en la vivienda de la víctima**, un 26% fueron cometidos en la vía pública, un 3% en la vivienda de un familiar, un 3% en la vivienda del agresor y otro 3% en otro lugar. Esta cifra pone el énfasis en la violencia doméstica que sufren las mujeres que, en su expresión máxima, terminan en femicidios. Las denuncias y el informe local no profundizan en los antecedentes judiciales o legales que hayan tenido las víctimas y sus victimarios. Las mujeres han insistido y siguen insistiendo que este terrible flagelo que azota a la sociedad machista y autoritaria tiene su origen en la desigualdad que se ha construido alrededor de las figuras masculinas y femeninas, por lo que es necesario que la sociedad exija la implementación de políticas públicas atinentes a esta problemática y a las que debiera estar focalizada en un tratamiento integral para combatir la violencia de género.

Según el movimiento Mujeres de la Matria Latinoamericana (MuMaLá) que evaluó el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 17 de noviembre de 2017 de acuerdo a la existencia de denuncias y medidas judiciales, un 18% de las víctimas realizaron denuncias previas y el 12% tenía medidas de protección.

Ante la falta de cifras oficiales, el monitoreo del movimiento detalla la cantidad de femicidios que hubo por provincia, hasta el 17 de noviembre de 2017: En la Provincia de Buenos Aires 88, en Santa Fe 24, en Córdoba 23, en Salta 20, Santiago del Estero 17, en CABA 16, Tucumán 9, Jujuy 8 (hasta el 31 diciembre llegaron a 9), en Entre Ríos 7, en Mendoza 6, Chaco 6, Neuquén 5, Misiones 5, Formosa 4, Corrientes 3, Catamarca 3, San Luis 3, Chubut 2, San Juan 2, La Rioja 1, Rio Negro 1, Tierra del Fuego 1, Santa Cruz 0, La Pampa 0.

Datos aportados por la Dirección Provincial de Estadística y Censos de Jujuy (DIPEC), según el Registro Único de Casos de Violencia Contra las Mujeres (RUCVM), indican que en la provincia de Jujuy la acusación por "violencia física" es del 64% y a nivel nacional del 67%. De las víctimas que piden

asistencia en la provincia, el 29% tiene entre 20 y 29 años, y en el país es del 31%.

En Jujuy el 17% de las mujeres y la población trans femenina declaró haber sufrido alguno de los cinco tipos de violencia (física, psicológica, sexual, patrimonial y simbólica) el año pasado. En tanto que, a nivel nacional, lo hizo el 34%. Estos datos surgen del Registro Único de Casos de Violencia Contra las Mujeres (RUCVM) que son elaborados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) y la Dirección Provincial de Estadística y Censos de Jujuy (DIPEC). En función de esto, la DIPEC ha preparado una comparación de datos publicados por Nación y Provincia en materia de aquellas mujeres y trans femeninas que sufren algún tipo de violencia y están incluidas dentro del RUCVM. Las estadísticas señalan que el 58% de las mujeres y trans femeninas de Jujuy, al sufrir un hecho de violencia, en primera instancia acuden a la policía. A nivel nacional, los números indican que lo hace sólo el 4%.

Sobre el pedido de asesoramiento de asistencia de la víctima, en Jujuy marca que fue el 21% y a nivel nacional el 71%.

En cuanto a la edad de la víctima que realiza la denuncia o pide asistencia, en el caso de Jujuy, el 29% obedece a la franja etaria de 20 a 29 años. Mientras que en el país influye en el 31%.

Por otro lado, a nivel provincial, de las víctimas de entre 14 y 19 años, a raíz de un noviazgo violento, el 4% pide asistencia o hace la denuncia. En tanto que a nivel país el 8%.

La Secretaria de Paridad de Género, Soledad Sapag refirió a la asistencia permanente que se brinda desde los nueve Centros de Atención de la Violencia de Género donde el acompañamiento a las víctimas tiene un abordaje integral mediante un equipo interdisciplinario y donde cada centro desde los programas provinciales busca prevenir la problemática del femicidio y trata de personas. Asimismo, resaltó que a partir de la creación de la Secretaria se pudo desarrollar políticas públicas con respecto a las cuestiones de género en toda la provincia, agregó que “en toda la provincia se contiene a la mujer en distintos aspectos tanto en defender sus derechos, combatir la problemática de trata, situación de vulnerabilidad y diversidad

sexual entre otros”. En cuanto al objetivo de contar con distintos Centros de Atención de la Violencia de Género indicó que “la política de gobierno fue abrir varios centros y hoy existen en total nueve de lo fue el 2016, donde se trabaja de manera integral con equipos interdisciplinarios conformado por trabajadores sociales, abogados y psicólogos para aborda cada uno de los casos de forma individual”. Continuando afirmó que el objetivo de los nueve centros es garantizar el efectivo cumplimiento de la Ley Provincial 517, Ley Provincial 5738 de adhesión a la Ley Nacional 26485, Ley Nacional 26364, Ley Nacional 26150 y toda aquella normativa concordante.

Jujuy es la provincia donde más centros hay funcionando y todos de la misma manera y para nosotros eso es muy importante, que las mujeres de toda la provincia puedan tener la misma calidad de servicio y que puedan tener una atención absolutamente gratuita en esta problemática.

Con respecto a la trata de personas que existe en esta provincia al tener límites de fronteras en los cuales las víctimas son engañadas, el centro asistencial contiene a muchas personas que estaban sufriendo de este delito donde se brindó la contención y se trabajó en la prevención para que no existan nuevas víctimas.

Sobre el programa de acompañamiento familiar de víctimas de femicidio, Sapag señaló que Jujuy es la única provincia que tiene a nivel estatal este programa de asistencia donde en la localidad de Libertador General San Martín se desarrolla positivamente. Finalmente precisó que “también pudimos realizar capacitaciones sobre trabajo comunitario con respeto a la prevención de la violencia de género para poder fortalecer estos grupos de mujeres y puedan tener herramientas para ayudarse entre ellas mismas y ser unas multiplicadoras de concientización para la prevención.

#### HISTORIA DEL HOSPITAL PABLO SORIA

El padre Escolástico Zegada fue el elegido para erigir un lugar de atención a tantos enfermos que morían por falta de una adecuada atención médica en una ciudad empobrecida y atrasada por la lucha independentista. El sitio elegido fue la edificación ubicada en el ángulo sur de la plaza principal de la pequeña ciudad, que sufrió el paso del tiempo y el abandono, luego de

que la comunidad de los padres mercedarios abandonaran la provincia por falta de religiosos y de medios de vida durante la guerra de la Independencia en el siglo XIX.

Uno de los primeros habitantes en colaborar fue José Ignacio Guerrico que aportó 500 pesos y luego 2000 más durante la construcción. Donde actualmente funciona la guardia del hospital sobre calle Argañaráz, con acertado criterio, Zegada puso en funcionamiento un tambo colonial, donde se vendía a los viajeros, carnes, verduras, cueros, sal, frutas. También se aprovisionaban los habitantes de las regiones de los Valles, Puna y Quebrada. Se recaudaron en total 9.278 pesos, pero el costo de la obra fue de 19.722 pesos con 4 reales y la diferencia de 10.444 pesos fue aportada por Escolástico Zegada (equivalente a 5.222 animales vacunos) recibidos de beneficios familiares.

El mismo Zegada dirigió la construcción desde 1847 y superando innumerables problemas, el 1 de octubre de 1850 se puso en funcionamiento al Hospital de Jujuy. Se ingresaba por la actual calle Gorriti -hoy acceso a los consultorios- y poseía una pequeña iglesia.

Como el costo de la obra agotó los fondos personales de Zegada, por lo que solicitó al Gobierno de la Provincia la creación de una Sociedad Filantrópica compuesta por un presidente y 12 personas autorizadas a pedir limosna para sostener las primeras necesidades de funcionamiento.

Después, con algunas donaciones se compraron los terrenos adyacentes, llegando hasta la cuadra comprendida entre la calle de la Merced (actual San Martín) y San Roque (actual Independencia), donde se levantaba el tambo que tenía habitaciones para los viajeros, un mercado y un corral para animales que se ofrecían a la venta.

El hospital empezó a funcionar con un administrador, un enfermero, una enfermera, una cocinera, una lavandera, un hortelano y los doctores Sabino O'Donnell, Arias y Luis Cuñado. Al personal le pagaban 50 pesos mensuales aportados por el Gobierno y las rentas por la atención del hospital. En ese tiempo, los enfermos con posibilidades económicas pagaban como pensión y hospedaje, permitiendo la atención de la gente con menos recursos,

propugnando el cooperativismo enunciado por Escolástico Zegada como motivo de creación del Hospital de Jujuy.

En 1851, Pablo Chalicán Soria (cuyo nombre original era Paul Sardicat de Soriá) propietario de dos grandes fincas-haciendas, se enfermó y estuvo un largo tiempo internado en el hospital. Fue entonces que legó en su testamento que el producto de su Finca Río Negro debía ser manejado por el administrador del Hospital de Jujuy. El nosocomio comenzó a recibir entonces 170 pesos mensuales por un largo tiempo.

### **Tiempos difíciles para el nosocomio**

En 1855 ante la delicada situación del hospital, Zegada gestionó ante la Nación 50 pesos anuales que recibió hasta 1857, año en que esos fondos fueron afectados a otros gastos de la provincia.

Los ingresos anuales entre lo aportado por la Finca Río Negro y el Tambo la Recoba eran de 280 pesos y el funcionamiento requería de 700 pesos anuales. Como Escolástico Zegada había agotado sus fondos en la terminación del hospital, éste siguió funcionando con los aportes de la Sociedad Filantrópica. El 26 de mayo de 1863 por falta de recursos y muy a pesar de su creador, se cerró el hospital, después de 13 años de funcionamiento atendiendo a 1.400 enfermos, de los cuales falleció solo un 12% por la gravedad de dolencias.

En 1868 a pesar de las luchas intestinas en el país por cuestiones políticas, Escolástico Zegada logró la reapertura del hospital que orgullosamente cumplió 166 años de existencia.

A los efectos de esta investigación se plantearon las siguientes situaciones problemáticas en la Institución del Hospital Pablo Soria de los Servicios de Cirugía de Mujeres y Ginecología de la Provincia de Jujuy:

- Carencia de Recurso Humano en enfermería para realizar atención integral a las personas que sufren maltrato.
- Inexistencia del espacio físico en la admisión del paciente.
- Limitación en el accionar del personal de enfermería a raíz del modelo hegemónico en cuanto a la organización del trabajo y las prácticas.
- Falta de actualización sobre el tema violencia de género, en cuanto a los valores, principios y derechos a nivel científico profesional.



- Carencia de protocolos para la atención integral de casos de violencia de género.
- Sobrecarga asistencial y falta de tiempo.

Asimismo, los profesionales de la salud y específicamente los enfermeros, desempeñan un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren agresión, contrariamente a la creencia popular, la mayoría están dispuestas a hablar sobre el maltrato cuando se le pregunta con respeto y sin juicios de valor. Escuchar es un acto terapéutico y con ello se consigue establecer una relación de confianza y así lograr que la víctima verbalice el problema.

Una premisa básica en estas situaciones es considerar que tal vez sea el primero y en ocasiones el único momento, en el que la mujer puede relatar su vivencia padecida, por lo cual el personal del hospital debe actuar con el mayor cuidado e intentando asistir profundamente en esta oportunidad, ya que se desconoce si la mujer va a volver a concurrir al servicio de guardia.

Debe aclararse que los enfermeros son los primeros receptores que intervienen en la atención directa de las pacientes que ingresan con dolencia física y psíquica al servicio de guardia.

En ocasiones se dificulta la atención a las víctimas de violencia de género, por cuanto no siempre se cuenta con un espacio físico adecuado de trabajo o por la escasez del personal de enfermería. Esto conduce a no brindar con frecuencia el cuidado adecuado que las mujeres necesitan en el momento y la labor se limita a la atención asistencial, lo que pondría en riesgo la vida de las mujeres golpeadas.

Por lo anterior, se considera que resultaría de gran valor poder contar con un comité de bioética que contemple las normas ético-jurídicas a los efectos de proteger la integridad, los derechos de las mujeres y que guíen en conflictos y valores.

En relación a lo anterior y en cuanto a la experiencia del sector enfermería, autoras del presente proyecto, referida a la atención de urgencias de este tipo, se considera que en esta práctica son necesarios conocimientos éticos legales que apoyen ante tal dificultad, pudiendo trabajar con todo el equipo

interdisciplinario en los diferentes turnos para mejorar la captación de una adecuada atención en tal sentido.

Se considera que es un problema de salud grave y complejo cuya detección, atención y prevención debe constituir una de las prioridades de capacitación para una adecuada atención en el servicio de salud, ya que es posible identificar y referir desde cualquier servicio a las mujeres que sufren algún tipo de violencia.

Asimismo, la experiencia de las investigadoras en estas prácticas conduce a reflexionar sobre la importancia que asume el personal de enfermería, en cuanto a la posibilidad que tiene de intervenir en estas graves situaciones. Cuando no cumple con la atención, identificación, valoración de riesgo, fortalecimiento, orientación, referencia y registro, se evidencia también la falta de coordinación institucional que limita las referencias y seguimiento de las víctimas.

De la misma manera, es fundamental la atención, prevención y detección de mujeres agredidas, como así también la posibilidad de permitir que ellas puedan verbalizar el problema, a fin de realizar intervenciones sobre un plan de atención individualizado que garantice la continuidad de cuidados que lleve a la información, apoyo en la toma de decisiones, derivación y evaluación, esto constituye una responsabilidad ética y profesional (Martín Acero, 2015).

En respuesta a estas situaciones planteadas se realiza una búsqueda bibliográfica de antecedentes científicos sobre el tema, cuyo hallazgo se presentan a continuación.

En cuanto a la recepción que realizan los enfermeros con pacientes que ingresan a la guardia, el protocolo nacional de 2011 indica que, luego de haber sido víctimas de violencia de género, se sostiene que la recepción de la víctima debe realizarse en un ambiente que garantice la privacidad, buscando crear un clima para la contención. Se debe aclarar desde el principio que ningún paso será dado sin su consentimiento. La decisión de realizar la denuncia por violación es privada de la persona que ha sido víctima. En ningún caso la denuncia puede solicitarse como requisito para la atención.

En este sentido, Higa, R.; Mondaca, A.; Reis, M. J. & López, M. (2008), sobre el Protocolo de enfermería, señalan que:

La recepción sobre la atención de urgencia debe ser inmediata, con seguimiento de 5 días después de la violencia. Y el tardío, luego de cinco prestaciones que se ofrecen durante las 24 horas, se prioriza la atención en el momento que la víctima llega al servicio "(...) el paciente es recepcionado por el enfermero que obtiene datos de anamnesis, ejecuta la prescripción médica (...) realiza intervenciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos (...) médico. (pp. 377-82)

En cuanto a la Consejería de Salud (2011), de España, los protocolos pueden favorecer el desarrollo de habilidades de búsqueda o gestión de información más actualizada, en la superación o capacitación del recurso humano desde su puesto de trabajo (...), de manera que pueda constituir una de las herramientas más útiles para la reducción de la variabilidad de los cuidados que brinda enfermería en los diferentes escenarios asistenciales y la búsqueda de cuidados seguros.

En relación con la protocolización de los cuidados, se señala que debe corresponderse con las necesidades de salud que más demandan de los servicios de enfermería en las unidades asistenciales; entre ellas, aquellas que generan elevada presión laboral por el difícil manejo de las respuestas del paciente, las que demandan mayores requerimientos de recursos materiales y mayor estadía hospitalaria con la finalidad de reducir los costos (Drummond & Silva, 1999).

Vargas M.; Siles, D.; Díaz A.; Díaz B. & Camacho, B. (2006), refieren a la atención de los aspectos emocionales de la víctima de violencia de género, en el cual el personal de enfermería debe estar preparado para: enfrentarse ante cualquier situación relacionado con la violencia de género; identificar a las víctimas; estar capacitado para diagnosticarlas, tratarlas y asesorarlas, cumpliendo siempre con sus obligaciones éticas, morales y legales; proporcionar apoyo y orientación a estas pacientes y procurarle una recuperación física y psíquica lo antes posible para una pronta reinserción en la vida cotidiana.

En ocasiones, ante una situación de violencia de género, los enfermeros asisten con mayor dedicación a los cuidados físicos y dejan en un segundo plano la afectación psicológica de la persona y las circunstancias sociales que la rodean. De allí que en los estudios de actualización de la profesión de enfermería, se debería preparar a los profesionales de urgencia para enfrentarse a las necesidades biopsicosociales de la víctima, proporcionarles conocimientos necesarios para que puedan detectar los distintos tipos de violencia de género, reconocer las posibles reacciones de las víctimas e incidir sobre todo a nivel preventivo sobre ideas erróneas que tiene la sociedad.

En relación con los factores que intervienen en la implementación de un protocolo en la institución, las respuestas posibles se desarrollan seguidamente.

Según el protocolo nacional de 2011, las consecuencias de la violencia dependen de varios factores: la gravedad del hecho en sí mismo, la edad, características y experiencias previas de la víctima, las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayuda adecuada, los factores de autoafirmación y resistencia que haya ejercido.

Por tanto, no existe un único patrón para evaluar las posibles consecuencias mediatas o inmediatas de la violencia, aunque más allá de las diferencias individuales, ésta es siempre una experiencia de fuerte impacto en la vida de una persona.

En cuanto al alcance y amplitud de sus efectos, la violencia puede afectar todas las esferas de la vida de una persona: su integridad física y emocional, su integridad y libertad sexual, la armonía de su vida social, familiar y laboral, sus intereses patrimoniales, su sentido de dignidad, libertad personal y justicia. Las consecuencias negativas de la violencia se producen no sólo por efecto del episodio en sí mismo, sino también a causa de la respuesta desfavorable del entorno.

En referencia a la respuesta institucional, se conviene en que el acceso de las víctimas puede producirse por Guardia General o por Consultorios Externos de distintos servicios. Si se ha conformado un equipo especializado o se han identificado profesionales de referencia, la persona debe ser recibida y

acompañada inmediatamente hasta el servicio específico. Para la implementación de este Protocolo, cada servicio asistencial necesita diseñar un flujograma de acuerdo con su estructura.

Se considera esencial conocer en casos de violencia de género, los aspectos éticos y legales ante una situación de maltrato a la mujer, en cuanto el personal de salud se enfrenta a un problema de salud pública con repercusiones jurídicas, tanto para la víctima y personal sanitario planteando en ocasiones un dilema ético a los profesionales en la toma de decisiones.

Con relación a las mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, con frecuencia no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato, por temor a que la institución comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia. Las consecuencias de la problemática implican un delito, por cuanto la Ley Orgánica de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género, la violencia física, psicológica y sexual ejercida sobre las mujeres del año 2004, por parte de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de efectividad, aun sin convivencia, “tiene la consideración de delito en los términos previstos en el Código Penal”. (Ley 1/2004)

En relación con lo anterior, la legislación española establece que el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. La Ley de Enjuiciamiento Criminal señala en su artículo 262 que “los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante”. (Protocolo, 2012)

La teoría de los autores analiza aspectos para el reconocimiento de signos y síntomas de mujeres que niegan el maltrato. En este sentido, Cano (2012), señala que la enfermería tiene un papel fundamental para intervenir en la violencia de género por su posición estratégica y la percepción que tienen las víctimas de considerar a la enfermera cercana y accesible, para que esta actuación sea óptima, ecuánime, objetiva, práctica y poder transmitir la visión

de la enfermera y promover una buena praxis. Y agrega que el plan de cuidados de enfermería en víctimas de violencia de género supone un registro que parte de criterios profesionales unificados.

En cuanto a la valoración de la víctima, debe centrarse en los indicadores de sospecha de signos y síntomas de violencia haciendo un abordaje biopsicosocial y de la situación de la violencia. Debe ser en un ambiente seguro que garantice confidencialidad, empatía y escucha activa. Es fundamental creer a la mujer sin emitir juicios de valor y facilitar la expresión de sentimientos.

Se considera que una entrevista adecuada y un seguimiento posterior, permitirá afianzar los diagnósticos propuestos y, para que las intervenciones llevadas a cabo sean eficaces, se debe contribuir al intercambio de información dentro del equipo multidisciplinar de una manera organizada mediante un registro adecuado, que no es otra cosa que el plan de cuidados de enfermería.

Faúndes, Rosas & Bedone (2006), señalan la importancia que “los profesionales de la salud estén mejor informados sobre este tema, deben saber evaluar las señales y síntomas presentados, prevenir y tratar sus dolencias” (p. 26).

Con respecto a la experiencia que influyen en sus prácticas de enfermería, los autores Oliveira, Barbosa, Moura, Kossel, Mourelli & Botelho (2005), refieren a la dificultad en algunos profesionales sobre cómo sensibilizar al equipo, tanto en el amparo como en la necesidad de romper prejuicios para aceptar la declaración de las mujeres. Esa dificultad, agregan, estaría en relación conforme los valores culturales y morales que sustenten; y de allí, entonces, que la capacitación de los equipos debe incluir el conocimiento técnico y la reflexión sobre sus actitudes, conceptos de violencia, en el contacto directo con las víctimas.

En reiteradas ocasiones, la preocupación de los profesionales de la salud en tratar a la víctima utilizando solamente el protocolo de atención y no prestar atención a las cuestiones que envuelven la subjetividad del otro, la prisa en la atención, puede producir un resultado opuesto a lo esperado, o sea, otra violencia. (Bedone & Faúndes, 2007)

En este aspecto, los autores Correa, Labronici & Trigueiro (2009), indican que no puede ser tratada la paciente con negligencia, por eso es importante el constante soporte técnico y psicológico a los equipos, en el sentido que no se aparten del objetivo de una atención humanizada, sin ser paternalista.

Con respecto a cómo vivencia el enfermero el cuidado a las víctimas de violencia, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2001) refiere las siguientes respuestas: el profesional de enfermería no solamente le importa administrar hábilmente los diversos procedimientos que exige el quehacer diario, sino estar atentos a las distintas manifestaciones de los pacientes derivadas de la propia enfermedad, tratamientos y de aquellos provenientes del medio hospitalario y de la relación que surgen en la atención brindada por el equipo de salud, que en los últimos tiempos se ha deteriorado.

Las conductas y situaciones que pueden ser consideradas como violentas por los pacientes, implican la pérdida del principio fundamental de respeto, generando una situación en la que los usuarios podrían considerarse víctimas de manifestaciones violentas, tales como no tratar por su nombre al paciente, o no cumplir con las expectativas de la atención prestada.

Tales casos merecen atención por la vulnerabilidad que los pacientes presentan y las características de su condición y de allí la importancia que reviste otorgar una buena atención de salud a los pacientes. De este modo, la violencia debe ser reconocida en todos los contextos sociales, incluidos los servicios de salud, y debe iniciarse su estudio profundo por las escasas investigaciones en este tema desde la perspectiva de los pacientes.

Por todo lo mencionado anteriormente, se hace necesario realizar un diagnóstico de la situación de violencia percibida por los pacientes en los diversos contextos de atención de salud, y abordar esta problemática para proponer estrategias con el objeto de prevenir e intervenir si la situación lo requiere.

En relación con lo planteado, Rodríguez (1999), enseña que la calidez en la atención que otorga el equipo de salud implica el saber escuchar, establecer una dinámica de relación que puede ir desde el contacto visual hasta el abrazo estrecho, sonreír y el consolar sinceramente, todo lo cual condiciona la relación

entre prestadores y usuarios. Y agrega, esta relación se ve alterada tal vez, por un lado, con la demanda asistencial que muchas veces limita la comunicación más estrecha con los pacientes y, por otro, por las conductas de algunos que consideran al paciente como un mero receptor de cuidados y no como un integrante activo de la atención en salud.

En síntesis, a los efectos de esta investigación se encontraron respuestas en cuanto a: la recepción, atención y comunicación a familiares y/o autoridades policiales, como así también referencias a la importancia de los factores que intervienen en la institución y la implementación de protocolo en la recepción, atención y contención a las víctimas de violencia, el reconocimiento de signos y síntomas propios de estos pacientes que, en muchos casos, niegan el origen de estas lesiones.

Asimismo, se detecta un vacío de conocimiento a nivel nacional y local sobre la experiencia de las prácticas de enfermería, los que revelan que son pocos los cuidados a estos pacientes, abriendo al mismo tiempo el interrogante sobre el modus operandi que ejercen los profesionales.

*¿Cuáles son las experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia, de los enfermeros del Hospital Público Pablo Soria de la provincia de Jujuy, durante el octubre del 2018 y febrero del 2019?*

La violencia de género crece a nivel mundial y la mejor forma de prevenirla es estar informado y atento a los primeros signos de violencia. Desde tiempos antiguos las mujeres viven padeciendo situaciones de violencia, siendo a nivel mundial unos de los problemas con más represión hasta llegar, en la actualidad, a vivencias de modo cuasi cotidiano los denominados femicidios por parte de la pareja.

Se justificó este trabajo, por qué se observó que no existen muchos conocimientos e información sobre los cuidados que se deben brindar, por parte de los profesionales en los cuales existen una gran demanda de población e incrementos de casos en los cuales acuden a dicho hospital. Es necesario priorizar y mejorar la calidad en lo asistencial.



- Para conocer datos estadísticos de cómo se manejan los profesionales de enfermería con respecto al tema.
- Para implementar estrategias de atención con las pacientes.
- Para realizar protocolos que mejoren la atención y cuidado de las pacientes
- Para mejorar el trabajo con el equipo interdisciplinario.

Se determinó como objetivo general, conocer las experiencias del cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, por parte de los enfermeros del Hospital Público Pablo Soria, en el segundo semestre del año 2018.

Como objetivos Específicos; Describir la experiencia de cuidado a mujeres en situación de violencia de género en relación a:

- Recepción de la paciente y su familia.
- Contención emocional de la paciente y la familia.
- Comunicación e información.
- Trabajo en equipo y derivación.
- Seguimiento y registros.

## **MARCO TEÓRICO**

### **ASPECTOS GENERALES DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Gorgón (2004), señala que la violencia se presenta como un estadio más avanzado de la agresividad. No hay violencia en sentido técnico, por una agresión aislada, esporádica, sino que esa agresión debe producirse en un contexto de sometimiento de la víctima. El agresor -sujeto dominante- “se mueve en un ambiente en el cual la víctima se encuentra subordinada. Ello se produce paulatinamente en un contexto de continua agresión y correlativo deterioro de la personalidad de la víctima” (p. 32).

La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha definido en 2016 a la violencia de género, como “todo acto que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la violencia de género en 2003, como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo

de la comunidad que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muertes, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Según la ley Argentina N° 26.485, del año 2009, constituye violencia contra las mujeres “toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como también su seguridad personal”.

A efectos de que se cumplan los objetivos que prevé la mencionada ley, Menéndez & Cols (2005), afirman que las barreras para la identificación y referencia de víctimas de la violencia son múltiples y, de acuerdo con su origen, se pueden eliminar por medio de intervenciones como la “capacitación del personal o la reorganización de los servicios”. Los autores realizaron un estudio entre el personal de salud de primer y segundo nivel de atención, e identificaron las siguientes barreras:

- Falta de privacidad.
- Escaso tiempo para la consulta.
- Ausencia de protocolos de atención.

Otras de las barreras difíciles de eliminar son las relacionadas con la existencia de ciertas condiciones sociales, culturales y personales que, desde la perspectiva de género, son cruciales para comprender el problema. “Hablar de este tema, por ejemplo, significa introducirse en el espacio privado, por lo que ni las víctimas ni el personal de salud lo hacen”. (Shiroma & Ortiz, 2000, p.71)

La violencia contra la mujer en la pareja tiene su origen en las relaciones de poder desiguales entre hombres y mujeres. Según las Naciones Unidas, hasta 1991 sólo 22 países del mundo industrializado habían concedido a las mujeres iguales derechos que a los hombres en cuestión de matrimonio, divorcio y propiedad familiar. Medina (2002), indica que esta problemática sigue estando plagada de estereotipos negativos que afectan en gran medida a las redes de apoyo formales e informales a las que acude la mujer maltratada en algún

momento. Estas mujeres suelen ser de nuevo victimizadas por los organismos que deberían prestarles protección y apoyo.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en inglés United Nations Children's Fund (UNICEF) señaló en 2015 que, si bien las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima.

Los estudios sobre la materia permiten afirmar que toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que permite identificarla como violencia de género; esto significa que está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetua la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino.

Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción, agregan estos estudios, es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer.

### **Aspectos Éticos y Legales**

En cuanto a los aspectos éticos legales, ante una situación de maltrato a la mujer se generan una serie de situaciones con repercusiones jurídicas, tanto para la víctima y núcleo familiar como para el personal sanitario, planteando en ocasiones un dilema ético en los profesionales. Hay mujeres que acuden a los servicios sanitarios y a pesar de presentar lesiones importantes, no reconocen verbalmente en la consulta su situación de maltrato por temor a que se comunique al juzgado y se puedan tomar medidas que puedan afectar a su seguridad y la de su familia.

La normativa nacional y supranacional aplicable en caso de violencia contra la mujer y de género, se rige según:

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994).

- Ley Nacional N° 26.485 (2009) de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.
- Ley Provincial N°7403 (2006) de Protección a las Víctimas de Violencia Familiar.
- Ley Provincial N° 7863 (2014) Creación del Observatorio de Violencia contra las Mujeres y modificación de Ley de Educación Provincial.
- Ley Provincial N° 7888 (2015) Protección contra la Violencia de Género.

Esta legislación se complementa con:

- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993).
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2006).
- Ley Nacional N° 25.929 (2004) de Parto Respetado.
- Ley Nacional N° 26.150 (2006) Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- Ley Nacional N° 26.364 (2008) Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas.
- Ley Nacional N° 26.482 (2012) Modifica Ley de Trata N° 26.364.
- Ley N° 26.743 de Identidad de Género (2012).
- Código Penal Argentino Ley N° 11.179 (T.O. 1984 actualizado).
- Ley Nacional N° 26.791 (2012) Modifica Código Penal delito de femicidio.

El ordenamiento jurídico argentino, previsto en ley N° 26.485, del año 2009, en su artículo 2°, expresa que el mismo tiene por objeto promover y garantizar lo siguiente:

- La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida.
- El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia.
- Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos.
- El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres.

- La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres.
- El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia.
- La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

El artículo 3° refiere a los derechos protegidos, garantizando mediante esta ley, todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

En el ámbito de la provincia de Salta rige la Ley N° 7888, de Protección contra la violencia de género, sancionada el 01 de Septiembre de 2015, señala en su artículo 3° que, se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Y agrega que se considera violencia indirecta, a los efectos de la dicha ley, toda conducta, acción, omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Finalmente, determina que la violencia de género incluye entre sus modalidades la violencia doméstica, laboral, institucional, financiera, obstétrica, y contra la libertad reproductiva.

#### TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El artículo 5° de la ley argentina N° 26.485, menciona los distintos tipos de violencia contra la mujer: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial y simbólica. Sin embargo, los autores agregan otras formas de manifestación de aquella, tal como Lorente (2004), para quien se incluyen una amplia variedad de actitudes y actuaciones que pueden dañar a la persona desde diferentes dimensiones en la que se encuentran los siguientes tipos:

- **VIOLENCIA FÍSICA:** todo aquel acto en que se inflige un daño físico a la víctima a través de la agresión directa. Dicho daño puede ser temporal o permanente. Dentro de este tipo de violencia se incluyen golpes, heridas, fracturas, arañazos, en ocasiones pueden llegar a trivializar o considerar que pueden producirse durante una discusión, empujones y zarandeos.
- **VIOLENCIA PSICOLÓGICA:** se caracteriza porque puede no existir una agresión física, pero la víctima se ve humillada, minusvalorada y atacada psicológicamente. Dicho ataque puede ser directo y realizado activamente en forma de insultos y vejaciones o bien llevado a cabo de un modo más pasivo, desvalorizando a la pareja si que esta considere que está sufriendo un ataque. La violencia psicológica incluye la presencia de humillaciones, amenazas y coacciones (utilizándose en algunos casos las amenazas de agresión física a la víctima o a allegados), desprecio y desvalorización.
- **VIOLENCIA SEXUAL:** si bien de algún modo podría considerarse dentro de la violencia física, la violencia sexual se refiere concretamente a aquel tipo de situaciones en que una persona es forzada o coaccionada para llevar a cabo actividades de índole sexual en contra de su voluntad, o bien en que la sexualidad es limitada o impuesta por otra persona. No es necesario que exista penetración ni que se produzca el acto sexual. Incluye la presencia de violaciones dentro de la pareja, la prostitución forzada, forzar la concepción o el aborto, mutilaciones genitales, acoso sexual o tocamientos indeseados entre otros.
- **VIOLENCIA ECONÓMICA:** este tipo de violencia se basa en la reducción y privación de recursos económicos a la pareja o su prole como medida de coacción, manipulación o con la intención de dañar la integridad.
- **VIOLENCIA PATRIMONIAL:** se considera la usurpación o destrucción de objetos, bienes y propiedades de la persona víctima de violencia con intención de dominarla o producirle un daño psicológico. En muchos sentidos, estos bienes son el fruto de décadas de trabajo, y destruirlos es una manera de hacer ver que todos esos esfuerzos no han servido de nada. Sin embargo, hay que señalar que este tipo de agresiones pueden afectar a la vez a otras personas, por ejemplo a los vecinos.

- **VIOLENCIA SOCIAL:** se basa en la limitación, control y la inducción al aislamiento social de la persona. Se separa a la víctima de familia y amigos, privándola de apoyo social y alejándola de su entorno habitual. En ocasiones se pone a la víctima en contra de su entorno, produciendo que la víctima o el entorno decidan desvincularse. Por ejemplo, los ataques contra la fachada del hogar son muy característicos de este tipo de violencia, ya que permiten dejar signos visibles por todo el mundo de que la víctima merece ser atacada a la vista de todos.
- **VIOLENCIA VICARIA:** un gran número de parejas en las que se produce violencia de género tienen hijos. En muchas ocasiones el agresor decide amenazar, agredir e incluso matar a dichos hijos con el propósito de dañar a su pareja o ex pareja. Este tipo de violencia es denominada violencia vicaria, que también incluye el daño causado a los menores por la observación de malos tratos entre los progenitores. El impacto psicológico es lo que se busca, a través del control, el sometimiento y las agresiones a personas que no están directamente involucradas en el núcleo del conflicto.

### **Ciclo de la violencia de género**

Según Walker (2016), el ciclo de la violencia implica el desarrollo de tres fases:

- **FASE DE TENSION:** implica una escala gradual de tensión en la pareja que se caracteriza por el aumento de conflictos y actos violentos. El agresor demuestra su violencia de forma verbal y, en algunas ocasiones, con agresiones físicas, con cambios repentinos de ánimo, que la mujer no llega a comprender y que suele justificar, ya que no es consciente del proceso de violencia en el que se encuentra involucrada. De esta forma, la víctima siempre intenta calmar a su pareja, complacerla y no realizar aquellos actos que le molesten, con la creencia de que así evitará los conflictos, que cree son provocados por ella.
- **FASE DE AGRESIÓN:** es la fase en la que estalla la violencia, ya sea física psicológica y/o sexual. Se producen estados de ansiedad y temor en la mujer, temores fundados que suelen conducirla a consultar a alguna amiga o familiar, a pedir ayuda o a tomar la decisión de denunciar a su agresor.

- FASE DE CONCILIACIÓN (fase de la luna de miel). En esta fase, después de los episodios violentos, el agresor suele pedir perdón, mostrarse amable y cariñoso, y promete que no volverá a repetirse, que ha explotado por otros problemas siempre ajenos a él. Jura y promete que la quiere con locura y que no sabe cómo ha sucedido. Incluso se dan casos en los que pueden llegar a hacer creer a la víctima que esa fase de violencia se ha dado como consecuencia de una actitud de ella, que ella la ha provocado. Con estas manipulaciones el agresor conseguirá hacer creer a su pareja que no ha sido para tanto, que solo ha sido una pelea de nada. La mujer que desea el cambio, suele confiar en estas palabras y en estas muestras de amor, creyendo que podrá ayudarle a cambiar.

#### PROTOCOLO DE ACTUACIÓN SANITARIA

El modelo de Protocolo se basa en las normas y los estándares internacionales y regionales en materia de derechos humanos. Responde al llamado realizado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (2013), de fortalecer la respuesta de los sistemas penales y adoptar medidas destinadas a apoyar la capacidad de los Estados para investigar, perseguir y sancionar las muertes violentas de mujeres por razones de género.

En España rige un Protocolo Común Protocolo de Actuación Sanitaria contra la violencia de género, que data de 2007 y se editó como herramienta fundamental para el personal sanitario, con el objetivo de proporcionar determinadas pautas de actuación homogéneas en los casos de violencia dirigida de forma específica contra las mujeres, tanto en la atención y seguimiento, como en la prevención y diagnóstico temprano. La implementación de dicho Protocolo a lo largo de estos años ha permitido promover estudios y propuestas metodológicas para un mejor conocimiento del impacto real de este problema de salud pública.

La experiencia acumulada por los servicios de salud españoles, así como la evolución creciente en la evidencia científica respecto a los impactos de la violencia de género en la salud de las mujeres que lo sufren, en sus hijas e hijos, así como en relación a contextos de mayor vulnerabilidad, han permitido que hoy se pueda presentar esta nueva edición del Protocolo Común.



La finalidad de esta revisión y actualización del Protocolo Común es contribuir a la mejora continua de la calidad asistencial a las mujeres que sufren maltrato y sus hijos. Para confeccionarlo se ha tenido en cuenta el criterio de numerosas personas expertas en la materia y la labor ya desarrollada en las Comunidades Autónomas.

En Argentina se aplican diferentes protocolos establecidos para el ámbito interno de algunas organizaciones principalmente de gestión estatal

Se espera que en la Provincia de Jujuy cuente con protocolos que guiará a médicos, enfermeros e incluso al personal no médico de los servicios de salud, para actuar ante casos de violencia de género y se constituirá como un instrumento único que servirá de guía de acción ante casos de violencia.

El proyecto de protocolo señala tres momentos a tener en cuenta: detección, valoración (medición de riesgo), e intervención sanitaria. Con el mismo se procura dar cumplimiento a la normativa vigente en esta materia.

Asimismo, se incluyen indicadores de sospecha ante casos de violencia y se enumeran las afecciones clínicas asociadas de acuerdo a la OMS, dos herramientas fundamentales para cuando la persona no expresa estar sufriendo violencia. También incorpora un instrumento que permitirá al personal interviniente hacer una medición del riesgo.

Para la fase de intervención, se acompaña una guía de recursos para el personal y un documento unificado para el registro del caso, mediante el que se deja constancia de qué estado clínico tiene la paciente y que puede servir además como prueba en instancia judicial.

Una de las propuestas más importantes es crear un circuito donde cada centro de salud u hospital tengan un equipo referente de violencia. De esta forma, no queda librado a la decisión de cada persona qué hacer frente a un caso, sino que la intervención se institucionalizará y, por ende, se espera que el sistema mejore en la respuesta que se brinda a las víctimas.

Finalmente, y en el marco de la presentación de este proyecto, se anuncia la realización de capacitaciones a fin de preparar al personal para la puesta en vigencia de este protocolo.

## ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

El protocolo de atención integral de personas víctimas de violencia puede ser aplicado por los/las profesionales de los distintos servicios. Para su mejor implementación es aconsejable disponer la siguiente organización del servicio de salud:

- Consolidar un equipo interdisciplinario, o designar referentes en las distintas especialidades involucradas.
- Garantizar atención las 24 horas. La experiencia indica que el servicio que puede garantizarlo es el de Toco ginecología.
- Disponer del kit de medicamentos (anticoncepción, profilaxis de VIH e ITS y vacunas).
- Crear las condiciones para que el relato del hecho sea realizado solamente una vez, al profesional capacitado para la intervención.
- Derivación intra o extra hospitalaria personalizada.
- Informar a todo el personal del hospital –médico, técnico y administrativo- a fin de que las personas que llegan a cualquier servicio y a cualquier hora, reciban la orientación precisa.
- Informar a la comunidad de la necesidad de la consulta inmediata.
- Llevar un registro de casos con fichas especialmente diseñadas, teniendo en cuenta que los datos pueden ser requeridos por la Justicia en casos de denuncia y tienen valor legal al igual que la historia clínica.
- Facilitar que la atención sea realizada por un profesional del mismo sexo, si la víctima así lo requiere. (Protocolo español, 2011,p.18)

## FORMACIÓN Y COMPROMISO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

En cuanto a la formación de los recursos humanos de enfermería los, autores Fernández, Bercovich, Borakievich, Tajer, Lo Russo & Gaba (2006), sugieren:

- Capacitar a los profesionales y trabajadores de la salud para la intervención oportuna, la asistencia y el asesoramiento adecuados a las víctimas. Es necesario fortalecer sus conocimientos, elaborar normas y protocolos específicos de atención y establecer registros y sistemas de información eficaces.

- Se recomienda la inclusión de la violencia de género en la currícula de los profesionales de la salud de pre y postgrado.
- Trabajar interdisciplinariamente con periodistas y comunicadores sociales.

Según los autores Méndez Hernández, Valdez, Viniegra Velásquez, Rivera Rivera & Salmeron Castro (2003), en cuanto al compromiso del personal de enfermería en la atención de mujeres que sufren violencia por parte de su pareja, el personal de enfermería, en particular el que ejerce su actividad en los servicios de atención primaria, debe colaborar activamente en la búsqueda y puesta en práctica de las intervenciones necesarias para dar respuesta a las mujeres víctimas de violencia ocasionada por su pareja. También, agregan: La obligación de adquirir el conocimiento necesario para distinguir los tipos de violencia existente; así como la prevalencia del problema y los aspectos generales sobre la legislación del tema, con el fin de proporcionar una atención segura y de calidad a las personas afectadas por este problema. (p.82)

Por su parte, Koss (2002) señala que:

(...) debido a que el personal de enfermería cuenta con mayor tiempo de contacto con las usuarias de los Servicios de Salud, ellos disfrutan, en general, de la confianza y la empatía de la paciente, por lo cual se convierte en el receptor ideal para la identificación de casos de violencia. (p. 404)

En cuanto al problema social, la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder que establecen los hombres que ejercen violencia sobre las mujeres, tiene consecuencias que gravitan no solo en la salud y la vida de las mujeres, sino que también impone costos económicos considerables, tanto en la familia como en los Servicios de Salud.

Se estima que llega a restar uno de cada cinco días de vida saludable de la mujer, lo que se traduce en una menor calidad de vida. (Krung, Etienne, Dahlberg, Zwi BA, Lozano, Oláis, Rico & Del Río, 2003)

De este modo, es imprescindible que el personal sanitario posea las capacidades necesarias, tanto conocimientos teóricos como actitudes de ayuda, orientación y cercanía para detectar los casos de violencia de género y, en consecuencia, prevenir su desarrollo, mantenimiento, secuelas y futuras agresiones.

Así, profesionales correctamente instruidos serán capaces de responder de manera adecuada a las necesidades de cada paciente prestando una atención individualizada, ofrecer apoyo para recuperar su salud, disminuir las consecuencias del maltrato y conseguir que recupere tanto la confianza en sí misma como en otras personas.

Asimismo, la sobrecarga traumática de enfermería y la falta de grupos de apoyo en lugares de trabajo, ha originado lo que se llama el síndrome de agotamiento, burnout, que se caracteriza por el agotamiento de los recursos emocionales, cognitivos y de la voluntad, provocando alteraciones que pueden conducir a conductas violentas.

Los motivos observados por los funcionarios con causa de violencia laboral son, fundamentalmente: personalidad del agresor, abuso del poder de quienes están en posiciones directivas. Se insiste en que la mayoría de los jefes de equipo de enfermería son mujeres, como así también lo son los auxiliares paramédicos y los administrativos, los cuales no tienen la autonomía ni el poder de decisión sobre la gran mayoría de actividades que debe realizar.

Asimismo, existe una lucha por los diversos espacios de poder que se forman dentro de la institución, de los que no quedan exentos los hospitales e instituciones de salud y que muchas veces se impone a través del poder disciplinario, donde se mantiene una estructura de poder rígido y hegemónico del médico. (Focault, 1980)

En cuanto al rol de los profesionales de la salud en la prevención, detección precoz y asistencia a las víctimas de la violencia de género es de muy importante, ya que está comprobado que las mujeres que sufren malos tratos utilizan los servicios sanitarios con más frecuencia. (González R., 2001)

Por una parte Ravazzola (1997), (citado por Caldas, J M P. & Gessolo, K. M., 2008), refieren que través de la inclusión de preguntas específicas sobre abusos en la historia clínica rutinaria, de la misma manera que se pregunta repetida y regularmente sobre el hábito de fumar, el consumo de alcohol, el peso o el ejercicio físico, puede resultar un método efectivo para la detección de casos de violencia doméstica.

Por otra parte, también se considera necesario fomentar la declaración de los casos de maltrato en los servicios de urgencias, además de contribuir a poner de manifiesto el problema a partir de la recogida de datos, los sanitarios poseen experiencia suficiente para aportar nuevos métodos de identificación del maltrato, promover la formación de profesionales y elaborar guías de recursos especializados.

Según Benjamín (2001), una experiencia no es cualquier vivencia, ni cualquier encuentro con el mundo: es una elaboración de ese material en la forma de un relato significativo para otros. Es así que la crisis de la experiencia es, en realidad, la constatación del hecho de que “una facultad que nos pareciera inalienable, la más segura entre las seguras, nos está siendo retirada: la facultad de intercambiar experiencias” (p. 112).

Según Melinch (2002), (citado en Ferrari, 2004), nadie puede hacer una experiencia en lugar de otro porque se trata de un proceso unipersonal; y agrega: En toda experiencia hay recuerdo del pasado, pero también hay futuro, posibilidad de ser de otro modo, cambiar e innovar.

En este sentido, Larrosa (2003), (citado por Ferrari, 2004), enumera cuatro formas con que se dificulta el acceso a la experiencia:

- Por exceso de información: cuando se pretende acumular masivamente información que no se puede procesar por estar congestionados de información. Cuando la “gran diversidad de árboles nos impide comprender el bosque”. Con ello se logra que nada pase, que nada cambie, que solamente se guarde la información en una memoria temporal.
- Por exceso de opinión: cuando se emite opinión sin darse un tiempo de reflexión, cuando se pone en juego el criterio antes de tiempo, cuando la pulsión por emitir una opinión se contradice con la madurez necesaria para emitirla para hacerla reflexiva, cuando se opina sin saber. Cuando sucede todo ello, se dificulta la transformación, se dificulta el cambio que sucede cuando se incorpora la experiencia.
- Por falta de tiempo: por no dar el tiempo suficiente para realizar las conexiones significativas con otras experiencias, con otras palabras, con otros conceptos que se tengan incorporados. La obsesión por la novedad

dificulta tener tiempo para la transformación. Siempre hay algo nuevo, siempre hay algo distinto a conocer y el tiempo no alcanza. No se incorpora, no se permite la maduración de lo reciente e inmediatamente se pretende ver algo nuevo.

- Por exceso de trabajo: La pulsión por hacer algo, por producir, por modificar, presionan e impiden que algo pase, que algo se transforme.

## EXPERIENCIA PARA DETECTAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Se considera que la mayoría de las situaciones de violencia detectadas en los servicios de salud son por malos tratos físicos a través de signos y síntomas de los que sospechar cuando una mujer está sufriendo violencia de género. La importancia de la formación, experiencia y estar plenamente capacitados para poder detectar a una mujer maltratada, desde los centros de salud y hospitales.

Los profesional de enfermería suele ser el primero a quienes acuden las mujeres maltratadas, suelen ser el primer filtro. En ocasiones, los profesionales de enfermería han detectado que una mujer es víctima de violencia de género y no quieren reconocer o denunciar la situación.

Asimismo, por las experiencias se puede decir que las mujeres sopesan la situación, piensan qué va a pasar con sus hijos y con el trabajo. Tienen un sentimiento de dualismo en el terreno emocional, por eso muchas mujeres son reacias a denunciar y valoran si le compensa o no, desde su punto de vista, ya que siempre se recomienda denunciar el hecho.

Cabe destacar que con los profesionales de enfermería encuentran ese respiro emocional, ese desahogo con alguien que conoce pero no tanto, y son los que en un primer momento van a poner esa tirita no sólo a nivel físico sino a nivel psicológico y emocional. Pero claro, ahí no está la solución hay que ir más allá.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE

En el presente Informe de Investigación, la definición de la variable que se estudió, se determinó en términos de: *Experiencia de cuidado a mujeres pacientes víctimas de violencia de género*. Esta variable se estudió en los enfermeros del Hospital Pablo Soria.

Para definir conceptualmente la variable se procedió a seleccionar referentes teóricos: OMS (2003), Bull (2009) y Merleau Ponty (2006).

La OMS (2003), define la violencia de género como “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (p.5).

Según Bull (2009), los profesionales deben reconocer los propios sentimientos acerca de la violencia de género, porque si perciben incomodidad con la situación, debería delegar la atención del paciente en un colega. Asimismo, se debe procurar reducir los sentimientos negativos de los pacientes y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer dispositivos legales al alcance de la mujer forma parte del cuidado integral.

Asimismo, Merleau Ponty (2006), observa que lo social está ahí, en el acto de la toma de conciencia del individuo sobre sí mismo: la experiencia narrada viene envuelta por la cultura y moldeada por emociones, experiencias anteriores y múltiples razones.

De acuerdo a lo que plantearon los autores expuestos y a los efectos de esta investigación, las experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia, se estudian desde las siguientes dimensiones:

- **RECEPCIÓN DE LA PACIENTE Y SU FAMILIA:** Es el momento en el cual se establece la primera relación asistencial como respuesta a la demanda del cuidado, paciente y familia, en el que los enfermeros deben brindar un ambiente confortable que incluyan intimidad, escucha y respeto.
- **CONTENCIÓN EMOCIONAL DE LA PACIENTE Y SU FAMILIA:** La paciente experimenta sentimiento de miedo, ansiedad, inseguridad, impotencia, desamparo que genera vivir en un ambiente de enorme tensión y hostilidad donde se está produciendo la violencia. Enfermería tiene que intervenir en esta situación de crisis concentrándose en la escucha.
- **COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN HACIA LA PACIENTE Y SU FAMILIA:** Se debe brindar información de acuerdo a las necesidades de los sujetos, entablar diálogos con los profesionales involucrados como así también con

las fuerzas policiales para el resguardo de la seguridad e integridad de la paciente y su familia.

- **TRABAJO EN EQUIPO Y DERIVACIÓN:** Empezar un trabajo colaborativo y conjunto, compartir información, coordinar las acciones y tomar decisiones acerca de aspectos relacionados con la atención del paciente y su familia. La derivación es un proceso complejo que debe efectuarse de manera oportuna, coordinada y con la mayor eficiencia posible a fin de no afectar la seguridad, la integridad y la continuidad de la atención.
- **SEGUIMIENTO Y REGISTROS:** Deben centrarse en facilitar la atención y seguimiento integral al individuo y a su familia.



# CAPÍTULO II

Metodología.

El tipo de estudio fue:

- *Cuantitativa*: Se usó el método científico y la estadística para desarrollar y validar la investigación.
- *Descriptivo*: Se basó en la recolección de datos por medio de encuesta sobre las experiencias del cuidado por parte del personal de enfermería sobre la violencia de género en mujeres que concurren al Hospital Pablo Soria. Se busca describir el fenómeno con sus componentes principales.
- *Corte Transversal*: Se realizó un corte en el tiempo.

La variable fue operacionalizada de la siguiente manera:

#### VARIABLE

Experiencia de cuidado a mujeres pacientes víctimas de violencia de género.

#### DIMENSIONES

- **Recepción de la Paciente y su Familia** e Indicadores.  
Asistencia inmediata.  
Ambiente de recepción.
- **Contención Emocional de la Paciente Y Familia** e Indicadores.  
Brindar un ambiente tranquilo.  
Empatía.  
Intervención paciente y familia.
- **Comunicación e Información** e Indicadores.  
Información necesaria y Legal.  
Relación con la paciente y familia.
- **Trabajo en Equipo y Derivaciones** e Indicadores.  
Participación con el Equipo Interdisciplinario.  
Derivaciones a otras Instituciones.
- **Seguimiento** e Indicadores.  
A corto plazo (asistencia continua durante la estadía).  
A largo plazo (CAPS).

La población estuvo constituida por enfermeros, tanto licenciados como profesionales, de ambos sexos del Servicio de Enfermería del Hospital Pablo Soria, departamento Dr. Manuel Belgrano, durante Octubre del 2018 - Febrero del 2019.

Para la realización de la recolección de datos, se solicitó autorización elevando una nota al Director del Hospital Pablo Soria y a las Jefas de Enfermería de los Servicios de Cirugía de Mujeres y Ginecología (*Ver Anexo I*), durante el mes de Octubre del 2018- Febrero del 2019 de los diferentes turnos.

Se trabajó con la población de 38 Enfermeros en total, entre los cuales 79% son Enfermeros Profesionales y 21% son Licenciados en Enfermería.

La fuente que se utilizó fue primaria. La técnica de recolección de la información, se realizó mediante una encuesta en su modalidad de cuestionario auto administrado, que se entregó a los enfermeros de los Servicios, con previo autorización de las Jefas de Enfermería, permitió recolectar los datos necesarios para dar cumplimiento a los objetivos formulados.

El instrumento utilizado fue un formulario semiestructurado, con preguntas abiertas y cerradas, de múltiples opciones, facilitando la comprensión de las respuestas, extensible a toda la población en estudio. Se comenzó con una introducción explicativa junto al consentimiento informado (*Ver Anexo II*), explicando los motivos de la realización del estudio.

Para efectuar el procesamiento de los datos se procedió de la siguiente manera:

- Se ordenó los instrumentos del N° 1 al N°38.
- Los datos se transcribieron a una tabla maestra (*Ver Anexo IV*).
- Para obtener los resultados de los datos, se establecieron las frecuencias y los porcentajes de las dimensiones de la variable e indicadores las cuales fueron categorizadas en base a las respuestas.

Los datos se presentaron en tablas de frecuencias y porcentaje de entrada simple de acuerdo a los objetivos y cada dimensión de la variable para obtener los resultados los cuales fueron categorizados en base a las respuestas.

Se realizó la categorización de las encuestas según los datos personales de edad, sexo, nivel de formación, años de antigüedad, horas semanales que trabaja.

En las preguntas el modo que se tomó la información es a través de una estructura SI o No en donde se identificaron las experiencias.

El análisis de los datos fue a través de la Estadística Descriptiva, la cual permitió describir la variable en estudio.

# CAPÍTULO III

Resultados.

## DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS

A continuación se dan a conocer los resultados obtenidos de la ejecución del proyecto de investigación.

**TABLA A:** Distribución de la población según las edades de los Enfermeros del Hospital Pablo Soria, periodo Octubre del 2018- Febrero del 2019.

<b>DISTRIBUCION SEGUN LA EDAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
20 a 29 años.	5	13%
30 a 39 años.	10	26%
40 a 49 años.	15	40%
Más de 50 años.	8	21%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto-administrado.

**TABLA B:** Distribución de la población según el Sexo de los Enfermeros del Hospital Pablo Soria, periodo Octubre del 2018 – Febrero del 2019.

<b>DISTRIBUCION SEGÚN EL SEXO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Masculino.	8	21%
Femenino.	30	79 %
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario auto administrado.

**TABLA C:** Distribución del Nivel de formación de Enfermeros del Hospital Pablo Soria, periodo Octubre 2018-Febrero del 2019.

<b>NIVEL DE FORMACIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Licenciada/o en enfermería.	8	21%
Enfermera/o Universitario.	3	8%
Enfermera/o Profesional.	27	71%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

**TABLA D:** Distribución de los años que trabajan los Enfermeros en el Hospital Pablo Soria, periodo Octubre 2018- Febrero 2019.

<b>AÑOS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
5-15	16	42%
16- 26	12	32%
27 o mas	10	26%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

**TABLA 1:** Experiencias sobre Recepción de la paciente y su familia del Hospital Pablo Soria, durante el periodo Octubre 2018- Febrero del 2019 en la Provincia de Jujuy.

<b>RECEPCIÓN DE LA PACIENTE</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>TOTAL</b>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Brinda asistencia Inmediata.	15	39	23	61	38	100
Crea un ambiente de recepción tranquilizador y seguro.	18	48	20	52	38	100
Pide ayuda a otro profesional.	5	13	33	87	38	100
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>200</b>	<b>114</b>	<b>300</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.



**TABLA 2:** Experiencias sobre Contención emocional de la paciente y su familia del Hospital Pablo Soria, durante el periodo Octubre 2018 – Febrero 2019 en la Provincia de Jujuy.

CONTENCIÓN EMOCIONAL DE LA PACIENTE Y FAMILIA	SI		NO		TOTAL	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Brindar un ambiente tranquilo.	20	53	18	47	38	100
Empatía.	15	39	23	61	38	100
Intervención paciente y familia.	10	26	28	74	38	100
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>	<b>35</b>	<b>118</b>	<b>69</b>	<b>182</b>	<b>114</b>	<b>300</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

**TABLA3:** Experiencias en Comunicación e información hacia la paciente y la familia del Hospital Pablo Soria, durante el periodo Octubre de 2018-Febrero 2019 en la Provincia de Jujuy.

EXPERIENCIA EN COMUNICACIÓN E INFORMACIÓN	SI		NO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Información necesaria y Legal.	20	53	18	47	38	100
Relación con paciente y familia.	25	66	13	34	38	100
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>	<b>45</b>	<b>119</b>	<b>31</b>	<b>81</b>	<b>76</b>	<b>300</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

**TABLA 4:** Experiencias de Trabajo en equipo y Derivación de la paciente y su familia del Hospital Pablo Soria, durante el periodo Octubre 2018 – Febrero 2019 en la Provincia de Jujuy.

EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN EQUIPO Y DERIVACIÓN.	SI		NO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
Participación con el Equipo Interdisciplinario.	15	39	23	61	38	100
Derivaciones a otras Instituciones.	26	68	12	32	38	100
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>	<b>41</b>	<b>107</b>	<b>32</b>	<b>93</b>	<b>76</b>	<b>300</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

**TABLA 5:** Experiencias Seguimiento y registros de la atención de la paciente y su familia, del Hospital Pablo Soria, durante el periodo Octubre 2018 – Febrero 2019 en la Provincia de Jujuy.

EXPERIENCIA DE SEGUIMIENTO Y REGISTROS	SI		NO		TOTAL	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%
A corto plazo. ( asistencia continua durante la estadía)	30	79	8	21	38	100
A largo plazo. (CAPS)	8	21	30	79	38	100
<b>TOTAL DE RESPUESTAS</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>300</b>

**Fuente:** Cuestionario Auto administrado.

# CAPÍTULO IV

## Discusión.

## DISCUSIÓN

Desde las épocas más remotas de la cultura humana se ha manifestado la subordinación de las mujeres respecto a los hombres. Este fenómeno no se ha limitado sólo a concebir la inferioridad femenina, sino que ha trascendido las fronteras de lo racional hasta llegar incluso a manifestarse mediante comportamientos agresivos, que acreditados por el patriarcado y ratificados luego por las sociedades ulteriores, conforman la histórica y universal violencia de género.

Se considera que la violencia contra las mujeres constituye una violación a los derechos humanos y según Pantoja (2014), este reconocimiento tiene una historia reciente. Desde la perspectiva de género, se entiende que estas violencias manifiestan lo más primario del patriarcado, sexismo, machismo y misoginia, y su erradicación implica una profunda tarea.

Lo cierto es que a partir de los resultados obtenidos en relación a la experiencia de cuidado a mujeres con violencia de género de los Enfermeros se pudo observar las características generales de la población, se determinó que la edad (40%) que más predomina es de 40 a 49, según el sexo (79%) son femeninas, la formación profesional (71 %) son Enfermeros Profesionales, Años que trabajan (42%) de 5-15 años de servicio.

Según la Experiencia en la Recepción de la paciente y su familia el (48%) de los Enfermeros crea un ambiente de recepción tranquilizador y seguro esto se relaciona con los Autores: Higa, R.; Mondaca, A.; Reis, M. J. & López, M. (2008), sobre el Protocolo de enfermería, señalan que: La recepción sobre la atención de urgencia debe ser inmediata, con seguimiento de 5 días después de la violencia. Y el tardío, luego de cinco prestaciones que se ofrecen durante las 24 horas, se prioriza la atención en el momento que la víctima llega al servicio "(...) el paciente es recepcionado por el enfermero que obtiene datos de anamnesis, ejecuta la prescripción médica (...) realiza intervenciones de enfermería de acuerdo con los diagnósticos (...) médico. (pp. 377-82)

Sobre la Experiencia de Contención Emocional de la paciente y familia el (53%) de los Enfermeros Brinda un Ambiente tranquilo y se relaciona con los siguientes Autores: Vargas M.; Siles, D.; Díaz, A.; Díaz B. & Camacho, B.

(2006), refieren a la atención de los aspectos emocionales de la víctima de violencia de género, en el cual el personal de enfermería debe estar preparado para: enfrentarse ante cualquier situación relacionado con la violencia de género; identificar a las víctimas; estar capacitado para diagnosticarlas, tratarlas y asesorarlas, cumpliendo siempre con sus obligaciones éticas, morales y legales; proporcionar apoyo y orientación a estas pacientes y procurarle una recuperación física y psíquica lo antes posible para una pronta reinserción en la vida cotidiana.

Según Bull (2009), los profesionales deben reconocer los propios sentimientos acerca de la violencia de género, porque si perciben incomodidad con la situación, debería delegar la atención del paciente en un colega. Así mismo, se debe procurar reducir los sentimientos negativos de los pacientes y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer dispositivos legales al alcance de la mujer forma parte del cuidado integral.

Asimismo, Merleau Ponty (2006), observa que lo social está ahí, en el acto de la toma de conciencia del individuo sobre sí mismo: la experiencia narrada viene envuelta por la cultura y moldeada por emociones, experiencias anteriores y múltiples razones.

En la Experiencia en la Comunicación e Información el (66%) de los Enfermeros tiene en primer lugar relación con la paciente y familia esto se relaciona con los Autores: Faúndes, Rosas & Bedone (2006), señalan la importancia que “los profesionales de la salud estén mejor informados sobre este tema, deben saber evaluar las señales y síntomas presentados, prevenir y tratar sus dolencias.

Sobre la Experiencia Trabajo en Equipo y Derivación el (39%) tiene participación interdisciplinario con el equipo, la mayoría los derivan a otras Instituciones. Según Bull (2009), los profesionales deben reconocer los propios sentimientos acerca de la violencia de género, porque si perciben incomodidad con la situación, debería delegar la atención del paciente en un colega. Así mismo, se debe procurar reducir los sentimientos negativos de los pacientes y tener conocimientos sobre los recursos de los que se dispone. Conocer Dispositivos legales al alcance de la mujer forma parte del cuidado integral. En

la Experiencia del Seguimiento a la paciente víctima de violencia de género el (79%) de los Enfermeros realiza un Seguimiento a Corto Plazo.

En cuanto a la Consejería de Salud (2011), de España, los protocolos pueden favorecer el desarrollo de habilidades de búsqueda o gestión de información más actualizada, en la superación o capacitación del recurso humano desde su puesto de trabajo (...), de manera que pueda constituir una de las herramientas más útiles para la reducción de la variabilidad de los cuidados que brinda enfermería en los diferentes escenarios asistenciales y la búsqueda de cuidados seguros.

## **CONCLUSIÓN**

Desde los resultados obtenidos se concluye que las experiencias de recepción de la paciente víctima de género y su familia crea un ambiente tranquilizador y seguro en primer lugar. Sobre las experiencias de contención emocional de la paciente y familia están relacionadas donde el Enfermero brinda contención desde el primer contacto.

La violencia de género es uno de los efectos colaterales del sistema patriarcal y androcéntrico en el que hemos nacido mujeres y hombres. Reconocer la violencia de género en todas sus manifestaciones: desde lo físico hasta lo psicológico, permite identificarla como tal a los efectos de la denuncia por parte de la víctima, visualizándola no como problema privado, sino social.

Los rasgos esenciales de la violencia de género son su carácter sociocultural, multifacético, pluricausal, cíclico, asimétrico y antijurídico; debiendo ser necesariamente tratada desde un enfoque multidisciplinario.



## **RECOMENDACIONES**

En base a los resultados provistos, se sugiere las siguientes recomendaciones generales:

- Brindar capacitación al personal de enfermería sobre violencia de género, el cuidado y atención a las pacientes
- Priorizar y mejorar la calidad de asistencia.
- Sistematizar el tratamiento del fenómeno violencia de género desde el estudio multidisciplinario: psicológico, sociológico, antropológico, sociocultural, pedagógico, entre otros.
- Realizar protocolos sobre la atención en las pacientes con violencia de género
- Generalizar los resultados derivados del presente esfuerzo investigativo, por medio de publicaciones, participación en eventos y el aprovechamiento de otros espacios similares y coherentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Bebel, A. (2011). *La mujer en el socialismo. Génesis y evolución histórica de la violencia de género*. Cuba. Recuperado el 3 de julio de 2017 en:  
<http://www.eumed.net/rev/cccss/11/>
- Benjamín, W. (2001). *El narrador. Para una crítica de la violencia y otros ensayos, Iluminaciones*. IV. Madrid: Taurus.
- Buvinic, M. Morrison, A. & Orlando, M. B. (2005). *Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe Papeles de Población*. Universidad Autónoma del Estado de México Toluca. (Vol. 11, núm. 43) pp. 167-214.
- Bedone, A. J, Faúndes, A. (2007). *Atendimento integral às mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher*. Universidad Estadual de Campinas. Cad Saúde Pública.
- Caldas, J.M.P, & Gessolo, K.M. (2008). *Violencia de género: nuevas realidades y nuevos retos*. Scielo (volumen 17), pp161-170. Recuperado de:  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000300016>
- Casasola, V. (2017). *Brutal 2017 para Salta: cada diez días se registró un femicidio*. El Tribuno. Publicado el 8 de marzo de 2017.
- Chan, M, & Moran, C. I. (25 de Noviembre del 20013). *Violencia de género: epidemia mundial*. La Directora General de la OMS.
- Correa, M. Labronici, L. M, & Trigueiro, T. H. (2009). *Sentir-se impotente: Um sentimento Expresso por Cuidadores de Víctimas de Violencia Sexual*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Maiojunho, 17(3) pp. 289-94.
- De Vega Ruíz, J. A, (1999). *Las agresiones familiares en la violencia doméstica*. España. Editorial Arazandi.
- Drummond, J. P. y Silva, E. (1999). *Medicina basada em evidencias. Novo paradigma assistencial e pedagógico*. Sao Paulo: Atheneu (pp. 11-13).
- Faúndes, A. Rosas, C. F. Bedone, A., & Orozco, L. (2006). *Violência Sexual: Procedimientos indicados e seus resultados nos atendimentos de urgência de mulheres victimas de estupro*. Rev. Bras Gineceo. Obstet.28 (2) pp. 26-35.
- Fernández, A.M. Bercovich, C. Borakievich, S. Tajer, D. Lo Russo, A, & Gaba, M. (2006). *Asistencia Integral a la Violencia Domestica y Sexual*. Informe de la asesoría al Servicio Público. Dirección General de la Mujer. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ferrari, C.A. (2004). *La idea de experiencia en relación a la realidad educativa .Reflexiones Teóricas sobre el aprendizaje de la Administración centrado en la persona del Alumno*.

- Foucault, M.(1980). *Microfísica del poder*. Segunda edición. La Piqueta, Madrid
- Gonzales, M, & Rosaura, S. H. J. (2001). *Violencia en las parejas jóvenes: Análisis y prevención*. Madrid: Ed. Pirámide.
- Higa, R. Mondaca, A. Reis, M. J & López, M. (2008). *Atendimento à mulher vítima de violência sexual” protocolo de assistência de enfermagem*. *Revista Escola Enfermería*. USP, 42(2) pp. 377-82.
- Koss, M, & Griffin, M. (2002). *Clinical Screening and Intervention in Cases of Partner Violence*. Online J Issues Nurs.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*.
- Lorente Acosta, M. (2004). *Guía de buena práctica clínica en Abordaje en situaciones de violencia de género. Atención Primaria de Calidad*. Madrid: Editorial I. M.
- Linares Cano, J. N. (2009). *Análisis e intervención de enfermería en la violencia de género. Importancia del diagnóstico dentro del equipo de salud*. III congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres. Instituto Andaluz de la Mujer.
- Medina, J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanch. (p .5).
- Méndez–Hernández, P.; Valdez–Santiago, R.; Viniestra–Velásquez, L.; Rivera–Rivera, L. & Salmerón–Castro, J. (2003). *Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos*. México. Sal Pub Mex (pp. 472–82).
- Merleau-Ponty, M. (2006) *Fenomenología da percepção*. 5a ed. San Pablo: Martins Fontes.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). *Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales*. Parte I (p.13).
- Oliveira, E. M.; Barbosa, R. M.; Moura, A.; Kossel, K.; Mourelli, K. & Botelho, L. (2005). *Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Sexual: Um estudo qualitativ*. *Rev. Saúde Pública*.39 (3) pp. 376-82.
- Pantoja Asencio, M. A. (2014). *Violencia de Género y Políticas Públicas en la Argentina de los últimos años. Inclusión, avances y limitaciones*. Lic. en Comunicación Social – UBA La Plata.
- Páez, L.D. (2011). *Génesis y evolución histórica de la violencia de género*. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Universidad de Pinar del Río, Cuba.
- Rodríguez, C. (1999). *Calidad de la atención en salud y Ley 100 de seguridad social*. En: *Bioética y Justicia Sanitaria*. Colombia: El Bosque, (pp. 147-182.).

- Sánchez, R. (2005). *El ciclo perverso de la violencia e inseguridad como relación de poder en América Latina*. Capítulo XXIV IN Violencia Criminalidad y Terrorismo. Venezuela Positiva. Varios Autores. Caracas. December.
- Sarmiento, M. (1995). *La violencia familiar. Sus efectos en la familia cubana, 1er Encuentro provincial sobre Protección Jurídica de los Derechos Humanos*. Facultad de Derecho, Universidad de Camagüey, Cuba.
- Torrada, J. (2017). *La Argentina tiene más de un femicidio por día. Universidad | Sociedad*. Recuperado el 15 de febrero. Recuperado en:  
<http://www.unidiversidad.com.ar/en-lo-que-va-del-2017-argentina-sufrio-mas-de-un-femicidio-por-dia>
- Vargas Matute, A. Dorado Siles, M. I., Alonso Díaz, M. J. Díaz Benavente, M, & Blasco Camacho, E. J. (2006). *Importancia del papel de la enfermería de urgencias en la detección de violencia de género*. Presencia. Recuperado el 10 de marzo de 2017. Recuperado en:  
<http://www.index-f.com/presencia/n3/35articulo.php>.
- Walker, L. (2016). *El círculo de la violencia según HYPERLINK*. Recuperado el 2 de marzo de 2017. Recuperado en:  
<https://kena.com/el-circulo-de-la-violencia-segun-leonore-walHYPERLINK>  
["https://kena.com/el-circulo-de-la-violencia-segun-leonore-walker/25"ker/25](https://kena.com/el-circulo-de-la-violencia-segun-leonore-walker/25)
- Ley Nacional N° 26.485 (2009). *De Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales*.
- Ley Provincial N° 7403 (2006). *De Protección a las Víctimas de Violencia Familiar*. Provincia de Salta.
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género (2012). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. Madrid. Recuperado el 2 de marzo de 2017. Recuperado en:  
<http://publicacionesoficiales.boe.es>
- Protocolo España (2011). *Consejería de salud. Junta de Galicia: Guías y protocolos*. Recuperado el 25 de junio de 2017 en:  
[http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N2\\_T01.aspx?IdPaxina=60008](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60008)

# Anexos.

**ANEXO I. SOLICITUD DE AUTORIZACION.**



San Salvador de Jujuy, Octubre del 2018.

**AL SR DIRECTOR DEL HOSPITAL PABLO SORIA**

**DR. RIVAS MARCOS**

**S...../..... D:**

Las que suscriben ABALOS, Miriam Leandra y MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica; Enfermeras Profesionales, autoras del Informe de Investigación, de la Universidad Nacional de Córdoba de la cátedra “Taller de Trabajo Final”, se dirigen a usted y por su intermedio ante quien corresponda, con el objeto de solicitar autorización para recolectar datos e información de dicha Institución, referido a Experiencia en el Cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, al personal de enfermería que cumple tareas en ese hospital.

La misma se realizará durante los meses de Octubre 2018 - Febrero de 2019. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs; de los tres turnos incluyendo los fines de semana, en los Servicios de la Sala 6 que incluye Cirugía General de Mujeres y Ginecología.

Dicho trabajo permitirá conocer las experiencias vividas y realizar estrategias para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia del Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy en el año 2018.

A la espera de una respuesta favorable, saludamos a usted muy ATTE.

.....  
ABALOS, Miriam Leandra.

.....  
MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica.

## ANEXO I. SOLICITUD DE AUTORIZACION.



2018 - 'Año del Centenario de la Reforma Universitaria'

San Salvador de Jujuy, Octubre de 2018.

**A LA JEFA DE ENFERMERÍA  
LIC. NAVARRO VIRGINIA  
HOSPITAL PABLO SORIA  
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DE MUJERES  
S...../.....D:**

Las que suscriben ABALOS, Miriam Leandra y MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica; Enfermeras Profesionales, autoras del Informe de investigación de la Universidad Nacional de Córdoba de la cátedra "Taller de Trabajo Final", se dirigen a usted y por su intermedio ante quien corresponda, con el objeto de solicitar autorización para recolectar datos e información de investigación, referido a Experiencia de Cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, al personal de enfermería que cumple tareas en ese hospital. La misma se realizará durante los meses de Octubre 2018 - Febrero de 2019. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs; de los tres turnos, incluyendo los fines de semana.

Dicho trabajo permitirá conocer las experiencias vividas y realizar estrategias para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia del Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy en el año 2018.

A la espera de una respuesta favorable, saludamos a usted muy ATTE.

.....  
ABALOS, Miriam Leandra.

.....  
MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica.

## ANEXO I. SOLICITUD DE AUTORIZACION.



2018 - "Año del Centenario de la Reforma Universitaria"

San Salvador de Jujuy, Octubre de 2018.

**A LA JEFA DE ENFERMERÍA  
LIC. SANTOS HELENA  
HOSPITAL PABLO SORIA  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
S...../.....D:**

Las que suscriben ABALOS, Miriam Leandra y MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica; Enfermeras Profesionales. Autoras del Informe de investigación de la Universidad Nacional de Córdoba de la cátedra "Taller de Trabajo Final", se dirigen a usted y por su intermedio ante quien corresponda, con el objeto de solicitar autorización para recolectar datos e información de investigación, referido a Experiencia de Cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, al personal de enfermería que cumple tareas en ese hospital. La misma se realizará durante los meses de Octubre 2018 - Febrero de 2019. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs; de los tres turnos, incluyendo los fines de semana.

Dicho trabajo permitirá conocer las experiencias vividas y realizar estrategias para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia del Hospital Pablo Soria de San Salvador de Jujuy en el año 2018.

A la espera de una respuesta favorable, saludamos a usted muy ATTE.

.....  
ABALOS, Miriam Leandra.

.....  
MARTÍNEZ LAMAS, Elba Verónica.

**ANEXO II. CONSENTIMIENTO INFORMADO.**



### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El siguiente estudio de investigación, será realizado por dos alumnas regulares, de la Cátedra de Taller de Trabajo Final de la Carrera de Licenciatura en Enfermería a distancia, de la Universidad Nacional de Córdoba, afines de concretar, el requisito de la cátedra se desea obtener información sobre las experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia, de los enfermeros del Hospital Público Pablo Soria de la Provincia de San Salvador de Jujuy, durante el mes de Octubre - Diciembre del 2018.

“Si acepto participar en este estudio, se me realizara una breve encuesta con respuestas simples a contestar sobre el tema a investigar. La participación en esta indagación no posee riesgo, ya que mis datos serán preservados en el anonimato. Como resultado de mi contribución en este proyecto no obtendré ningún beneficio directo, sin embargo, es posible que los investigadores compartan más acerca de experiencias vividas y organicen estrategias, en el proceso de Enseñanza –Aprendizaje y este conocimiento me beneficie, así como también a otra persona en el futuro”. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con los investigadores anteriormente mencionados y ellos deben haber contestado satisfactoriamente sus inquietudes e interrogantes. “Mi participación en este estudio es confidencial y los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.

*He leído y se ha explicado toda la información descriptiva en este formulario antes de firmado, se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada a mis requisitos. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación.*

.....

Firma del participante.

.....

Firma y sello de las investigadoras.

**ANEXO III. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.**

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Nº: ..... Fecha: .....

Esta encuesta tiene como fin conocer su experiencia en el cuidado de mujeres víctimas de violencia de género, ingresadas en el Servicio de Ginecología y el Servicio de Cirugía General de Mujeres de este Hospital. Contestando sinceramente colaborará a mejorar el servicio de atención del personal de Enfermería. Desde ya muchas gracias por su colaboración.

***INSTRUCTIVO: Responda y marque con una "X" las respuestas que considere según su criterio. Puede marcar más de una opción.***

### DATOS PERSONALES

#### **A. EDAD**

- 20 a 29 años.
- 30 a 39 años.
- 40 a 49 años.
- Más de 50 años.

#### **B. SEXO**

- Masculino.
- Femenino.

#### **C. NIVEL DE FORMACIÓN**

- Licenciado en Enfermería.
- Enfermero/a Universitario.
- Enfermero Profesional.

#### **D. ANTIGUEDAD**

- 5-15 años.
- 16-26 años.
- 27 o más.

**1. ¿Cuántas horas semanales trabaja?**

- └ Menos de 30.
- └ Más de 30.
- └ Menos de 44 hs.
- └ Más de 44 hs.

**2. ¿Cuántos pacientes tienen a su cuidado?**

- └ Más de 6 pacientes.
- └ Menos de 6 pacientes.

**3. En su rutina diaria utiliza algún protocolo de atención integral para los casos de Violencia de Género:**

- └ Muy poco.
- └ A veces.
- └ Nunca.

**4. ¿Cuántos pacientes mujeres de víctima de violencia de género ha atendido usted en el servicio? Recuerda:**

- └ Menos 5 mujeres.
- └ Más de 5 mujeres.

**DATOS DE LAS DIMENSIONES**

**5. ¿Cuándo Ingresa la paciente de víctima de violencia de género y la familia, usted a la Recepción?**

- └ Brinda asistencia inmediata.
- └ Crea ambiente de recepción tranquilizadora y segura.
- └ Pide ayuda a otro profesional.

**6. En el servicio que se desempeña, usted lleva algún registro estadístico de casos de mujeres que sufren violencia de género:**

- └ Sí.
- └ No.
- └ A veces.

**7. Cuando ingresan pacientes con estos tipos de casos de violencia de género, que es lo que le provoca a usted:**

- └ Impotencia.
- └ Le supera y no puede brindar la atención necesaria.
- └ Pide ayuda.

**8. La atención que brindan para estos casos son acompañado a través de un equipo interdisciplinario:**

- └ Si participa.
- └ Muy poco interés.
- └ No participa.

**9. Qué tipo de información realiza usted cuando recepciona a la paciente.**

- └ Le informo sobre las opciones que tiene para salir del problema.
- └ Comunico a la familia sobre las lesiones.
- └ No es mi problema.

**10. ¿Qué acciones realiza usted con respecto al tema?**

- └ Derivo hacia el profesional indicado para estos casos.
- └ Busco apoyo de las autoridades.
- └ Colaboro en la participación con el equipo interdisciplinario.

**11. En los casos de mujeres de víctima de violencia de género el seguimiento debe ser:**

- └ A corto plazo (asistencia continuas, durante la internación).
- └ A largo plazo (con los CAPS).

**12. De qué manera establece los criterios y estrategias de trabajo con los profesionales, según el tema:**

- └ Según las lesiones y la gravedad.
- └ Dar asesoramiento jurídico.
- └ Realizar una valoración al paciente.
- └ Otras.

**13. Tiene observaciones o comentarios que desee aportar sobre el tema:**

.....  
.....  
.....

**¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!**

SUJETOS	DATOS IDENTIFICATORIOS Y LABORALES												
	EDAD				SEXO		ANTIGÜEDAD LABORAL				FORMACION		
	20 a 29.	30 a 39.	40 a 49.	Más de 50.	M	F	Hasta 5 años.	6 a 15 años.	16 a 26 años.	Más de 27 años.	LIC. ENF.	ENF. UNIV.	ENF. PROF.
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
(...)													
38													
TOTAL													

SUJETOS	DIMENSIONES																																			
	CANTIDAD DE INGRESOS				PERCEPCION						RECEPCION			CONTENCION			REGISTRO			DERIVACION		CRITERIOS Y ESTRATEGIA DE TRABAJO			INFORMACION			COMUNICACION			ACCIONES					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	4	5	6
1																																				
2																																				
3																																				
4																																				
5																																				
....																																				
38																																				
TOTAL																																				