
Programa de Educación a Distancia Carrera de Licenciatura en Enfermería

Trayecto de Licenciatura - Grupo Jujuy

Cátedra: Taller de Trabajo Final

Experiencias de enfermería en el cuidado a mujeres víctimas de violencia

Estudio a realizarse con enfermeros del Hospital Santa Teresita de Cerrillos,
Provincia de Salta, segundo semestre de 2018.

Autoras:

García, Daniela Andrea

Tolaba, Ana Verónica

Asesora metodológica:

Prof. Adjunta Esp. Valeria Soria

San Salvador de Jujuy, Febrero del 2018

Datos de las autoras

Daniela Andrea García, graduada como Enfermera Profesional, egresada de la Escuela de Enfermería Dr. Ramón Carrillo, Salta. Enfermera profesional en la actualidad, se desempeña en Atención Primaria de la Salud del Hospital Santa Teresita de la localidad de Cerrillos, Provincia de Salta.

Ana Verónica Tolaba, graduada como Enfermera Profesional, egresada en la Escuela de Enfermería Dr. Ramón Carrillo. Salta. Enfermera Profesional en la actualidad, se desempeña en el servicio de la Guardia Médica del Hospital Santa Teresita de la localidad de Cerrillos, Provincia de Salta.

Agradecimientos

A lo largo del tiempo transcurrido -y desde el comienzo de la Carrera de Licenciatura de Enfermería- han sido numerosas las personas que nos han acompañado en el camino y contribuido a que este proyecto de investigación pudiera seguir adelante.

El presente estudio no constituye un mero trabajo de investigación; representa, en realidad, más de tres años de aprendizaje, experiencias y emociones. Por ello, agradecemos a todas las personas que durante todo este tiempo nos han venido dando su apoyo y afecto.

A Dios, por habernos permitido cumplir este sueño, guiarnos siempre en cada paso, para llegar hasta este punto y darnos salud para lograr nuestros objetivos, además de la infinita bondad y amor.

A nuestras familias, por habernos apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que nos han permitido ser personas de bien y especialmente por su amor.

Al equipo docente y en particular a nuestra Asesora metodológica, Profesora Valeria Soria, por los valiosos conocimientos transmitidos e inestimable ayuda y generosidad brindada durante la realización de este proyecto de investigación.

¡Gracias!

Índice

	Pág.
Prólogo.....	1
Capítulo 1: Introducción.....	3
1.1 Problema de Investigación.....	3
1.1.1 Planteo del Problema.....	3
1.1.2 Definición del Problema.....	19
1.2 Justificación.....	19
1.3 Marco Teórico.....	20
1.3.1 Aspectos generales de la violencia de género.....	20
1.3.2 Aspectos éticos legales.....	22
1.3.3 Tipos de violencia de género.....	25
1.3.4 Ciclo de la violencia de género.....	27
1.3.5 Protocolos de actuación sanitaria.....	29
1.3.6 Organización del servicio de salud.....	31
1.3.7 Formación y compromiso del personal de enfermería.....	32
1.3.8 Experiencia para detectar la violencia de género.....	36
1.4 Definición conceptual de la variable de estudio.....	37
1.5 Objetivos.....	38
1.5.1 Objetivos Generales.....	38
1.5.2 Objetivos Específicos.....	39

Capítulo 2: Diseño Metodológico.....	39
2.1 Tipo de Estudio.....	39
2.2 Operacionalización de la variable.....	40
2.3 Población y muestra.....	40
2.4 Fuentes.....	41
2.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
2.6 Plan de recolección de datos.....	42
2.7 Procesamiento de datos.....	42
2.8 Presentación de datos.....	43
2.9 Análisis de datos.....	46
Cronograma de Actividades.....	47
Presupuesto preliminar.....	48
Referencias Bibliográficas.....	49

Anexos

Anexo 1. Permisos de las autoridades.....	53
Anexo 2. Consentimiento informado.....	55
Anexo 3. Instrumento de recolección de datos.....	56
Anexo 4. Tabla matriz.....	61

PRÓLOGO

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 guardia en el hospital Santa Teresita de Cerrillos-Salta.

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.

Por lo anteriormente señalado, se considera que el presente estudio permitirá que los enfermeros describan una situación, compartan las experiencias vividas y organicen estrategias en la comunidad para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia; de esta manera, se podrían realizar cambios interdisciplinarios en la institución a los efectos de potenciar un trabajo en equipo e intercambiando experiencias con otros colegas.

El proyecto se encuentra estructurado en capítulos. El capítulo I aborda el problema de investigación y su planteo; la definición de dicho problema y su justificación; el marco teórico y el planteo de objetivo general y objetivos específicos.

A continuación, en el capítulo II se expone el diseño metodológico; el tipo de estudio seleccionado; el modo de operacionalización de la variable; la definición de población y muestra; las técnicas e instrumentos de recolección de datos; los planes de recolección, procesamiento, presentación y de datos; el cronograma; el presupuesto las referencias bibliográficas.

Finalmente, se incluye una sección de anexos, donde se adjuntan las notas de autorización, el consentimiento obtenido, el instrumento de investigación y la tabla matriz.

Capítulo 1

1.1 Problema de investigación

1.1.1 Planteo del problema

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%, Republica 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. En Pakistán el 99% de las amas de casa y el 77% de las mujeres asalariadas son golpeados por su pareja.

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 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 Wanda Taddei, Torrada (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 Salta, los casos de violencia familiar son una problemática socioeconómica y cultural con el agregado de multicausales.

Así, los datos locales indican que, desde el año 2014, el 35.7% de los femicidios se perpetraron en la capital de Salta, el 26.8% ocurrieron en el departamento de San Martín seguido por Orán con un 16.1%. Durante estos tres últimos años los distritos anteriormente nombrados han encabezado el podio con los números más altos de femicidios, concentrando en el primer cuatrimestre del 2017 el 90% de los femicidios ocurridos en toda la provincia de Salta.

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”.

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.

Desde el año 2016 hubo diez (10) femicidios y solo en los dos primeros meses se registraron seis (6), de acuerdo a los datos del Observatorio de Violencia contra las mujeres de la provincia de Salta.

El año 2017, mientras se redacta el presente trabajo, la situación es alarmante en materia de violencia de género en Salta. Se sabe que cada 10

días hubo un femicidio. El Distrito Centro del Poder Judicial de la provincia, través de los dos Juzgados de Violencia Familiar y de Género, informó que si bien se registró el ingreso de 1889 nuevos expedientes -130 denuncias menos que en el mismo periodo del año anterior- de acuerdo a especialistas en la materia, la cantidad de causas o denuncias por violencia familiar son fluctuantes, sin que una disminución signifique una merma de la violencia (Casasola 2017).

La Oficina de Violencia Familiar (OVIF), núcleo principal en la recepción de las denuncias en violencia familiar de toda la provincia, registra desde 2006 hasta la actualidad, alrededor de 128.626 expedientes ingresados en el Distrito Centro, sin dudas el de mayor concentración de causas en la Salta. Se agrega que la mayoría de las denunciantes reciben atención sanitaria en instituciones de salud pública.

A los efectos del presente proyecto de investigación, se toma como referencia y objeto de estudio, el hospital Santa Teresita del área Operativa XXX, institución de salud pública correspondiente a un nivel de complejidad II y su área de influencia está dividida en cuatro centros de salud y un puesto sanitario con atención primaria de la salud.

Por otra parte, se indica que los servicios que brinda la institución son: guardia, internación, centro materno, esterilización, rayos x, laboratorio, fisioterapia, odontología, oftalmología y cardiología.

El recurso humano de la institución incluye médicos, enfermeros, técnicos con diferentes especialidades, administrativos, agentes sanitarios y servicios generales. Se considera que el personal de enfermería es insuficiente, no se producen nuevos nombramientos por parte del ministerio de Salud Pública y, ante el incremento de la población en la región, la atención integral de los pacientes que concurren a la institución se encuentra en serio riesgo. Consecuentemente, la problemática señalada en la institución dificulta al personal de enfermería el cuidado hacia la mujer, paciente víctima de violencia de género.

A los efectos de esta investigación se plantean las siguientes situaciones problemáticas en la institución:

- Carencia de Recurso Humano en enfermería para realizar atención integral a las personas que sufren maltrato.
- Inexistencia de espacio físico en la admisión del paciente para abordar el tema.
- 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.
- Dificultades en la comunicación con pacientes provenientes de países limítrofes.

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.

En la región, la dependencia policial donde se radican las denuncias por violencia de género, ha constituido un grupo de contención para mujeres víctimas de violencia y en el cual se realizan talleres recreativos con el fin de brindar apoyo a las personas que padecen dolencias físicas y psíquicas.

Es importante señalar que las mujeres que recurren al centro de salud para ser atendidas por algún episodio de agresión física, lo hacen a veces en

compañía del personal policial, con algún familiar, solas o, en otros casos, con el mismo agresor.

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).

De acuerdo a lo observado hasta aquí, las autoras se interrogan:

1. ¿Cómo realiza la recepción los enfermeros de una paciente que ingresa por la guardia, luego de haber sido víctima de violencia de género?
2. ¿Los enfermeros atienden los aspectos emocionales de las víctimas de violencia de género?
3. ¿Qué factor interviene en la institución para la implementación de protocolos?
4. ¿Comunican los enfermeros a los familiares de la víctima sobre lo ocurrido y/o a las autoridades policiales?
5. ¿Reconocen los enfermeros los signos y síntomas de violencia de género en mujeres que niegan el maltrato?
6. ¿Cuál es la experiencia de los enfermeros en el cuidado de mujeres víctimas de violencia de género y cómo influye esa experiencia en sus prácticas?
7. ¿Cómo vivencia el enfermero el cuidado de la víctima de violencia?

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, Mondaca, Reis & Lopes (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 Matute, Dorado Siles, Alonso Díaz, Díaz Benavente & Blasco Camacho (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 tuvieran 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, las investigadoras detectan 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.

1.1.2 Definición del problema

¿Cuáles son las experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia, de los enfermeros del Hospital Público Santa Teresita de Cerrillos de la provincia de Salta, durante el segundo semestre del año 2018?

1.2 Justificación

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 vivenciar de modo cuasi cotidiano los denominados femicidios por parte de la pareja.

Es importante desarrollar mecanismos que mejoren respuestas a esta problemática por parte de los efectores de salud, quienes pueden proporcionar cambios interdisciplinarios en la institución. Debido a la demanda de la población e incremento de casos que acuden a la institución hospitalaria, se observa la necesidad de mejorar la calidad en la asistencia.

El incremento de los femicidios a nivel local y la recurrencia de víctimas al hospital objeto de estudio, genera en el personal de enfermería sentimientos, emociones, sensaciones que son producto de la experiencia y que determinan la demanda sobre el tratamiento de la problemática, por cuanto este flagelo que se vivencia a diario, interpela a analizar la forma de ofrecer ayuda a las mujeres que están sometidas a distintos tipos de violencia.

Las investigadoras consideran que este trabajo va a permitir conocer o describir una realidad de la experiencia, que incluye el accionar de enfermería, las dificultades con que se encuentra y los aportes a la práctica de cuidado. Además, va a permitir reflexionar sobre el accionar y generar estrategias que justifiquen cambios o modificación de la realidad.

Con esta investigación se procura, entonces, que el personal de enfermería de la institución objeto de estudio describa la situación de atención en casos de violencia de género y comparta las experiencias vividas. Se considera que lo señalado permitirá diseñar estrategias en la comunidad para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia y, asimismo, se podrían realizar cambios interdisciplinarios en la institución para potenciar un trabajo en equipo intercambiando experiencias con colegas.

1.3 Marco Teórico

1.3.1 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.

1.3.2 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). Convención de Belém do Pará.

- 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:

- a. La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida.
- b. El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia.
- c. 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.
- d. El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres.
- e. La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres.
- f. El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia.
- g. 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.

1.3.3 Tipos de violencia de género

El artículo 5º 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 aquélla, 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. Se pueden producir una incapacitación física debido a las consecuencias de las agresiones e incluso según el nivel de daños causados pueden llevar a la muerte.

- **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. También hacer que la persona se sienta indefensa, obligada a hacer determinadas acciones y dependiente del agresor, culpable de la situación de abuso y merecedora de un castigo. Debido en que en muchas ocasiones no se percibe una agresividad directa en el mensaje, muchas víctimas no son conscientes de estar siendo maltratadas y no emprenden acciones contra el agresor. Se puede considerar que prácticamente en todos los casos de violencia de género, independientemente del tipo y motivo de esta, hay violencia de tipo psicológico.

- **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. También se considera como tal el hecho de obligar a depender económicamente del agresor, impidiendo el acceso de la víctima al mercado laboral mediante amenaza, coacción o restricción física.
- **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.

1.3.4 Ciclo de la violencia de género

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

1. Fase de tensión: 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.
2. 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.
3. 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 ayudarlo a cambiar.

1.3.5 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. En la provincia de Salta, recién en septiembre de 2017 se presentó un proyecto de Protocolo Único para la asistencia sanitaria en casos de violencia de género.

El proyecto se elevó al Ministerio de Salud y fue impulsado por el Observatorio de Violencia contra las Mujeres con la participación de equipos de la Secretaria de Salud Mental y del Hospital Papa Francisco.

Se espera que, por primera vez, Salta cuente con un procedimiento 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.

1.3.6 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)

1.3.7 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:

1. 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.
2. Se recomienda la inclusión de la violencia de género en la curricula de los profesionales de la salud de pre y postgrado.
3. Trabajar interdisciplinariamente con periodistas y comunicadores sociales.

Según los autores Méndes 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. Tiene 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, p.97- 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 hegemónica 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 e Rosaura, 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 en Ferrari (2004), enumera cuatro formas con que se dificulta el acceso a la experiencia:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.

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

1.3.8 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. De aquí la importancia de la formación, experiencia y estar plenamente capacitados para poder detectar a una mujer maltratada, desde los centros de salud y hospitales.

Además, el 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 experiencia 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.

1.4 Definición conceptual de la variable

En el presente trabajo de investigación, la definición de la variable en estudio se determina en términos de: *experiencia de cuidado a mujeres pacientes víctimas de violencia de género*. Esta variable se estudiará en los enfermeros de un hospital del interior de la provincia de Salta.

Para definir conceptualmente la variable se procede a seleccionar referentes teóricos sobre materia en cuestión: 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 desprotección, 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: emprender 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.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

- Conocer las experiencias de cuidado hacia mujeres en situación de violencia de género, por parte de los enfermeros del Hospital Público Santa Teresita de Cerrillos de la provincia de Salta, en el segundo semestre del año 2018.

1.5.2 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.

Capítulo 2

Diseño Metodológico

2.1 Tipo de estudio

El tipo de estudio es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

Cuantitativa: Se usa el método científico y la estadística para desarrollar y validar la investigación.

Descriptivo: Se basa en la recolección de datos por medio de encuesta sobre las experiencias de cuidado por parte del personal de enfermería sobre la violencia de género en mujeres que concurren al Hospital Santa Teresita de Cerrillos. Se busca describir el fenómeno con sus componentes principales.

Corte Transversal: Se realiza un corte en el tiempo, la variable se estudiará solo en el tiempo de realización de la investigación. Se estudia la situación en el momento en el que se recolectan los datos.

2.2 Operacionalización de la variable

La variable *experiencia de atención a mujeres en situación de violencia*, será estudiada según las siguientes dimensiones:

Tabla 1: Variable y dimensiones de estudio

VARIABLE	DIMENSIÓN
Experiencias de cuidado a mujeres en situación de violencia de género.	Recepción de la paciente víctima de violencia de género y su familia.
	Contención emocional de la paciente y su familia.
	Comunicación e información.
	Trabajo en equipo y Derivación.
	Seguimiento – Registros.

Fuente: elaboración propia

2.3 Población y muestra

Población: La población estará constituida por enfermeros, tanto licenciados como profesionales, de ambos sexos del Servicio de Enfermería del hospital Santa Teresita de la localidad de Cerrillos, departamento al sur de la ciudad de Salta Capital, República Argentina, durante el año 2018.

Todo este personal se desempeña en los diferentes turnos (mañana, tarde y noche) y sectores o servicios (guardia, internación, centro materno y

esterilización). Todos cumplen como mínimo seis horas de guardia semanales; por lo tanto, cualquiera de estos enfermeros puede haber atendido en el pasado al menos a una mujer víctima de violencia de género.

El total de enfermeros es de 41 personas, 36 mujeres y 5 varones, de las cuales 11 son licenciados y 30 profesionales, según los datos aportados por la jefatura del Servicio de Enfermería.

Muestra: Por ser una población finita, factible de acceder, la muestra coincide con la población bajo estudio.

2.4 Fuentes

Se trabajará con información primaria obtenida por las investigadoras, directamente de los sujetos en estudio.

2.5 Técnica e instrumento de recolección de datos

Técnica de recolección de datos: Encuesta en modalidad auto administradas con preguntas abiertas semi-estructuradas.

Instrumento: se utilizará para la obtención de datos un cuestionario o formulario impreso, que será anónimo, con una lista preguntas abiertas y semiestructurada. En éstas últimas habrá opciones donde el encuestado podrá elegir para contestar la respuesta más acertada de acuerdo a su experiencia en el cuidado de mujeres víctimas de violencia de género.

2.6 Plan de recolección de datos

Se solicitará por escrito la autorización del gerente general para aplicar el cuestionario en el Servicio de Enfermería. (Anexo 1)

Una vez obtenida la autorización de la gerencia por escrito, se solicitará a la jefa del Servicio permiso para poder aplicar el cuestionario durante la próxima reunión de enfermeros que se realiza una o dos veces por mes. (Anexo 2)

En la reunión mensual se invitará a todo el personal del servicio a participar de la investigación. Para ello se informará cuáles son los objetivos del trabajo de investigación y por qué es importante que completen el cuestionario. A su vez, se les explicará que es anónimo y confidencial. (Anexo 3)

Finalmente, se les solicitará que firmen un consentimiento informado que estará abrochado al cuestionario. (Anexo 4).

2.7 Procesamiento de datos

Para poder tabular y analizar los cuestionarios de las encuestas, en primer lugar se ordenará y enumerará, luego se volcarán los datos en una tabla matriz (Anexo 5) con el programa Excel, en el cual se registrarán las respuestas de cada ítem; esto permitirá categorizar la información obtenida de acuerdo a las dimensiones por similitud de respuesta.

- ✓ 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

2.8 Presentación de datos

Se ilustrarán los resultados a través tablas, cuadros de contenidos, esquema y /o comentario que se definirán al finalizar el procesamiento considerando respuestas, dimensiones y variable en estudio.

Los siguientes son modelos de tablas y cuadros a completar para presentar los datos.

Tabla A: Sexo, Enfermeros del Hospital Santa Teresita de Cerrillos. Salta. Año 2018.

GRUPO ETAREO (AÑOS)	Personal de enfermería				
	SEXO				
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL
	F	%	F	%	
22- 29					
30- 39					
> 40					
TOTAL					

Fuente: Cuestionario auto administrado. Elaboración propia.

Tabla B: Nivel de formación de Enfermeros del Hospital Santa Teresita de Cerrillos -Salta. Año 2018.

Nivel de formación	F	%
Licenciada/o en enfermería		
Enfermera/o Universitario		
Enfermera/o Profesional		

Fuente: Cuestionario Auto administrado.

Tabla C: Años de los Enfermeros del Hospital Santa Teresita de Cerrillos-Salta. Año 2018.

Años	F	%	TOTAL
5-15			
16- 26			
>27			

Fuente: Cuestionario Auto administrado.

Cuadro 1: Experiencias sobre Recepción de la paciente y su familia del Hospital Santa teresita de Cerrillos-Salta año 2018.

Dimensión	Respuestas
Recepción de la paciente y su familia.	

Fuente: Cuestionario Auto administrado

Cuadro 2: Experiencias sobre Contención emocional de la paciente y su familia del Hospital Santa teresita de Cerrillos-Salta año 2018.

Dimensión	Respuestas
Contención emocional de la paciente y su familia.	

Fuente: Cuestionario Auto administrado.

Cuadro 3: Experiencias en Comunicación e información hacia la paciente, la familia, el profesional de la salud mental o personal policial familia del Hospital Santa teresita de Cerrillos-Salta año 2018.

Dimensión	Respuestas
Comunicación e información hacia la paciente, la familia, el profesional de la salud mental o personal policial familia.	

Fuente: Cuestionario Auto administrado.

Cuadro 4: Experiencias de Trabajo en equipo y Derivación del Hospital Santa teresita de Cerrillos-Salta año 2018.

Dimensión	Respuestas
Trabajo en equipo y Derivación.	

Fuente: Cuestionario Auto administrado

Cuadro 5 Experiencias Seguimiento y registros del Hospital Santa teresita de Cerrillos-Salta año 2018.

Dimensión	Respuestas
Seguimiento y registros	

Fuente: Cuestionario Auto administrado

2.9 Análisis de datos

Para el análisis de los datos se trabajará con análisis estadístico descriptivo.

Cronograma de actividades

Act. Mes	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión Proyecto							
Recolección de datos							
Procesamie nto de la Información							
Análisis de datos							
Redacción de informe Final							
Publicación							

Presupuesto preliminar

ACTIVIDADES	RUBROS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RECOLECCIÓN DE DATOS	Librería:			
	Fotocopias	200	1.00	200
	Lápices negros	1	3	3
	Borrador	1	2	2
	Lapiceras	1	5	5
	Transporte	2 viajes	170	
	Pasajes:			
PROCESAMIENTO	Servicios:			
	Internet	80 hs	10	800
PRESENTACIÓN DE LOS RESULTAD	Librería			
	Fotocopias.	400	1.00	400
	Encuadernación.	3	25	75
	Impresiones:		1.00	300
	<i>Blanco y negro</i>	300	10	500
	<i>Color.</i>	50		
	<i>Imprevisto del 10%.</i>			262.5
COSTO TOTAL				\$2.625

Referencias Bibliográficas

- Bebel, A. (2011). La mujer en el socialismo. Cuba. *Génesis y evolución histórica de la violencia de género*. Recuperado el 3 de julio de 2017 en: www.eumed.net/rev/cccss/11/
- Benjamín, W. (2001). El narrador. (1936). 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. (8 de Marzo 2017). Brutal 2017 para Salta: cada diez días se registró un femicidio. El Tribuno.
- 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 Vítimas de Violência 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). Informe de la asesoría al Servicio Publico: Asistencia Integral a la Violencia Domestica y Sexual. 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.
- Focault, 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. Viniegra–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. y Botelho, L. (2005). *Atendimento às Mulheres Víctimas de Violência Sexual: Um estudio 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* Capitulo 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 en: <http://www.universidad.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 en: <http://www.index-f.com/presencia/n3/35articulo.php>.

Walker, L. (2016). El círculo de la violencia según Leonore Walker – *KENA*, recuperado el 2 de marzo de 2017 en: <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 en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>

Protocolo España (2011). Consejería de salud. Junta de Galicia: Guías y protocolos (2011) Recuperado el 25 de junio de 2017 en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_T01.aspx?IdPaxina=60008.

ANEXOS

ANEXO 1

Permisos de las autoridades

San José de los Cerrillos 13 de Octubre de 2017

Al Sr Director del Hospital Santa Teresita

Dr. Gonzalo Girola

Libertad S/Nro. Cerrillos

S / D

Las que suscriben García Daniela Andrea, Tolaba Ana Verónica .Autoras del proyecto 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 realizar en esa unidad de estudio 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 julio/diciembre de 2017. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs; para obtener la cobertura de los tres días a la semana.

Dicho trabajo permitirá conocer las experiencias vividas y organicen estrategias en la comunidad para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia del hospital Santa Teresita de Cerrillos de la ciudad de Salta en el año 2018.

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

García Daniela Andrea, Tolaba Ana Verónica

San José de los Cerrillos 13 de Octubre de 2017

A la jefa de Enfermería

Lic. Natividad Martínez

Hospital Santa Teresita

Libertad S/Nro. Cerrillos

S / D

Las que suscriben García Daniela Andrea, Tolaba Ana Verónica. Autoras del proyecto 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 realizar en esa unidad de estudio 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 julio/diciembre de 2017. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs; para obtener la cobertura de los tres días a la semana.

Dicho trabajo permitirá conocer las experiencias vividas y organicen estrategias en la comunidad para prevenir, detectar y atender a las mujeres que viven en situación de violencia del hospital Santa Teresita de Cerrillos de la ciudad de Salta en el año 2018.

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

García Daniela Andrea, Tolaba Ana Verónica

ANEXO 2

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 Santa Teresita de Cerrillos de la provincia de Salta, durante el segundo semestre del año 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 mas 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 “Consentimiento:

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

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº:..... Fecha:

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

DATOS PERSONALES

1. Edad:
2. Sexo: F M
3. Formación:
Licenciada /o en enfermería
Enfermera/o Universitario
Enfermera/o Profesional
4. Antigüedad en la profesión:
Hasta 5 años
5- 15 años
16-26 años
27 o más

A continuación Ud. encontrará preguntas sobre las experiencias que tuvo en la guardia de este Hospital, respecto a la atención de mujeres víctimas de violencia de género. Por favor, marque con una X la/s opción/es que más se ajuste/n a su opinión.

5. ¿Cuántas pacientes víctima de violencia de género ha atendido Ud. por la guardia en este Hospital desde que comenzó a trabajar aquí? Estime la cantidad.

- Hasta 5
- 5- 15
- 16-26
- 27 más

6. Al ingresar por la guardia una paciente víctima de violencia de género:

- Le da la sensación que ella provocó las agresiones
- Le da tristeza/impotencia
- Le supera y no puedo atenderlas
- Son enfermas y no van a salir de eso porque yo haga algo
- No es mi problema/ no me provoca nada
- Otra opción:.....

7. ¿Cuándo concurre una paciente y su familia en situación de violencia como realiza la recepción?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. ¿De qué manera contiene emocionalmente a una paciente y su familia en situación de violencia que ingresa a la institución?

.....

.....

.....

.....

9. a ¿Para qué considera que sirven en estos casos los registros de enfermería?

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

9. b ¿Qué criterio sigue para realizar el registro?

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

9. c ¿Cómo lo realiza usted los registros de enfermería?

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

10. a ¿Cómo realiza las derivaciones?

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

10. b ¿Cómo es el seguimiento?

.....
.....

.....
.....

11. a ¿De qué manera establece los criterios y estrategia de trabajo entre los profesionales?

.....
.....

.....
.....

11. b ¿Cómo es la comunicación con el resto de los profesionales:

.....
.....

.....
.....

11. c ¿.Con la fuerza de seguridad?

.....
.....

.....
.....

12. ¿Qué tipo de información realiza usted cuando atiende a una mujer víctima de violencia de género?

- Le informo sobre las opciones que tiene para salir del problema.
- Me comunico con familiares de la víctima, respecto a las lesiones.

- Otra opción:.....

13. ¿Cuál de las siguientes acciones usted realiza?

- La derivo hacia el profesional de salud mental del hospital
- Busco apoyo de las autoridades policiales.
- Solicito la derivación hacia los centros especializados.
- Registro por escrito de todo lo actuado.
- Le pido que venga en mi turno laboral
- Otra opción:.....

14. ¿Tiene observaciones, comentarios o anécdota que desee realizar sobre este tema?:

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

Muchas gracias por su colaboración!!!!

ANEXO 4

Tabla Matriz

Nº de sujetos	PREGUNTAS													
	Edad	Sexo	Formación	Antigüedad	Cantidad	Ingreso	Percepción	Contención	Registro	Derivaciones	Comunicación	Información	Acciones	Comentarios
Nº 1														
Nº 2														
Nº 3														
Nº 4														
Nº 5														
Nº 6														
Nº N														

