

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS AMÉRICAS

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE MEDICINA



**“EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LA
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN ADULTOS JÓVENES
CORRELACIONADO A LAS SECUELAS MÉDICAS, EN
SURAMÉRICA DEL AÑO 2015 AL 2020”**

SUSTENTANTE:

UGARTE MEDINA PAOLA

TUTOR:

DR. ROLANDO RAMÍREZ GUTIÉRREZ

SEDE ARANJUEZ

2022

I. Resumen

El siguiente trabajo de investigación se realiza con el objetivo principal de evaluar las secuelas médicas en las personas involucradas en un sistema de violencia, ya sea en su entorno familiar, laboral o de la comunidad donde pertenece. Lo anterior ayuda a delimitar las situaciones de convivencia a las que se encuentran expuestas y prevenir futuros actos en contra de la persona, su familia o terceros que rodeen a una víctima de violencia. En ese sentido, se percibe un aumento de violencia en personas adultas jóvenes que estuvieron desarrollándose en estos ciclos de violencia.

Para este trabajo de investigación, se realiza una revisión bibliográfica de las secuelas médicas de la violencia intrafamiliar con base en un método cualitativo. Se busca analizar, identificar y determinar dicha situación con el fin de obtener información, tanto nacional, como internacional que logre sustentar la justificación de este trabajo investigativo.

Luego de la obtención de las conclusiones de la investigación, se realizan recomendaciones para estructurar una estrategia referente a cómo el personal de salud debe reconocer, prevenir y guiar a las personas involucradas en estos actos de violencia. Es necesario enfatiza que es de suma importancia que las personas involucradas en los sistemas de atención estén orientadas en el tema para brindar ayuda y, así mismo, detener los ciclos de violencia.

Lo anterior se realiza a través de recomendaciones de toda una red de apoyo, tanto para el agresor, como para la víctima y el entorno de violencia generado. Por ende, siempre se debe pensar en cómo volver a introducir a la persona a una sociedad que está llena de defectos y, con ello, evitar las recaídas, creando estrategias de fortalecimiento en temas emocionales, así como en la autoestima para evitar fenómenos creados por la dependencia emocional y la desesperanza posterior a lo que estuvo sometida la persona.

Justificación: Por años, la sociedad se ha manejado por estereotipos, los cuales fueron implementados desde épocas muy controversiales en temas de derechos humanos, de empoderamiento de las mujeres y de la igualdad de oportunidades para todos los seres humanos. Por lo tanto, en esta investigación, se logra identificar cómo la sociedad actual no está acostumbrada a estar bajo estrés, ya sea por el trabajo o situaciones familiares económicas y sociales. Consecuentemente, a partir de la realización de este trabajo, será posible identificar un patrón de denuncias para la violencia intrafamiliar no solo demostrando si hay una asociación con enfermedades psiquiátricas de fondo como esquizofrenia, depresión, ansiedad, bipolaridad, entre otras, sino que se percibirá una compleja unión de factores para potenciar patrones violentos en las personas.

Dado esto, es posible encontrar una ventana para poder ayudar a las víctimas, identificar el causante y poder intervenir de manera más óptima para evitar futuros agresores y víctimas.

Objetivo. Evaluar las secuelas más importantes en el campo médico para las poblaciones expuestas a la violencia intrafamiliar en adultos jóvenes de Suramérica entre los años 2015 y 2020.

Metodología. Se realiza una revisión bibliográfica acerca de las secuelas médicas de la violencia intrafamiliar. Los motores de búsqueda utilizados incluyen Pubmed, Scielo, Redalyc, Google Académico y ElSevier, con una temporalidad que va del 2015 al 2022, en idiomas inglés, español y portugués. Además, se usaron como descriptores: “violencia intrafamiliar”, “secuelas médicas”, “violencia”, “agresores” y “víctimas”. En total, se incluyeron 36 artículos científicos relacionados con los objetivos. Los artículos utilizados en el estudio fueron clasificados según el nivel de evidencia de Sackett, quedando de la siguiente manera: dos (6%) nivel II, tres (8%) nivel III, 15 (42%) nivel IV, 16 (44%) nivel V.

Resultados. Se analizaron los factores de riesgo de la violencia de género relacionados con el macrosistema y el exosistema. Es decir, aquellos factores relacionados con las creencias y los valores culturales que determinan la violencia de género, así como las estructuras formales e informales que influyen, conforman y determinan el ambiente donde la persona se desenvuelve.

Asimismo, se evidencia que las mujeres son la tasa más alta en ser víctimas, entre los rangos de edad de 21- 36 años, además de relacionarse con un mayor nivel de analfabetismo. Por lo tanto,

se percibe que el bajo nivel socioeconómico es un mayor determinante en los escenarios de violencia. Las víctimas habitantes de lugares donde hay alcohol y drogas son más propensas a verse envueltas en agresiones sexuales intrafamiliares.

Conclusión. La violencia intrafamiliar es considerada como una problemática social de alto impacto, debido a la cantidad de secuelas, tanto físicas, como económicas, las cuales han implicado una constante intervención del Estado en prácticamente todos los países de suramericanos.

Las principales secuelas se manifiestan en el desarrollo sociocultural e incluso económico de la población. Consecuentemente, el abordaje de esta problemática a nivel preventivo desde la empresa privada y del Estado es una alternativa que permite reducir los costos sociales y económicos de la violencia intrafamiliar. Al mismo tiempo, brinda un mayor bienestar en el ámbito laboral y en su espectro familiar y social.

Los tipos de violencia intrafamiliar más frecuentemente descritos en esta investigación mencionan la violencia autoinfligida, la cual comprende a comportamientos suicidas y autolesiones como respuesta a depresión severa o sentimientos de desesperanza e incapacidad para continuar con el vínculo y círculo de violencia.

Es de suma importancia recalcar que Costa Rica posee protocolos nacionales por parte de entidades estatales y privadas para el manejo multidisciplinario, donde se muestran con gran relevancia aquellas entidades prestadoras de salud, como el Ministerio de Salud (M.S.) y la Caja Costarricense de Seguro Social (C.C.S.S.), y los protocolos existentes de hospitales individuales privados. Estos protocolos presentan semejanzas con respecto a los utilizados en Suramérica para el abordaje de violencia intrafamiliar.

Palabras claves: violencia, violencia intrafamiliar, secuelas médicas postviolencia, víctimas, agresores.

Abstract

The following research work is carried out with the main objective of evaluating the medical sequelae in people who are involved in a system of violence, either in their family, work or community environment where they belong; this helps us to delimit the situations of coexistence to which they are exposed and prevent future acts against the person, their family or third parties surrounding a victim of violence. An increase in violence is seen in young adults who have been developing in these cycles of violence.

For this research work, a bibliographic review of the medical sequelae of domestic violence is carried out, based on a qualitative method, seeking to analyze, identify, determine in order to obtain both national and international information to support the justification of this research.

After obtaining the conclusions of the research, recommendations are made to develop a strategy as to how health personnel should recognize, prevent and guide people involved in these acts of violence; it is of utmost importance that people in care systems are oriented on the subject, to provide help and stop the cycles of violence.

This with recommendations of a whole network of support for both the aggressor and the victim and the environment of violence that is generated. We must always think about how to reintroduce the person to a society that is full of defects and thus avoid relapses, creating strategies to strengthen emotional issues, as well as self-esteem to avoid phenomena created by emotional dependence and hopelessness after what the person was subjected to.

Justification. For years society has been managed by stereotypes, which were implemented from very controversial times on issues of human rights, women's empowerment and equal opportunities for all human beings, therefore this research is able to identify how the current society is not used to being in a stress either by work or family economic and social situations; therefore we will be able to identify a pattern of complaints for domestic violence, not only demonstrating if there is an

association with psychiatric diseases such as schizophrenia, depression, anxiety, bipolar, among others, thus seeing a complex union of factors to enhance violent patterns in people.

Given this we can find a window to help victims, identify the cause and be able to intervene more optimally to prevent future aggressors and victims.

Objective. To evaluate the most important sequelae in the medical field for populations exposed to domestic violence in young adults in South America between 2015 and 2020.

Methodology. A literature review was conducted on the medical sequelae of domestic violence. The search engines used included Pubmed, Scielo, Redalyc, Google Scholar and ElSevier, with a time frame ranging from 2015 to 2022, in English, Spanish and Portuguese. The following descriptors were used: "domestic violence", "medical sequelae", "violence", "aggressors" and "victims". A total of 36 scientific articles related to the objectives were included. The articles used in the study were classified according to Sackett's level of evidence, as follows: two (6%) level II, three (8%) level III, 15 (42%) level IV, 16 (44%) level V.

Results. The risk factors for gender violence related to the macro-system and the exosystem were analyzed. That is, those factors that have to do with cultural beliefs and values that determine gender violence, as well as the formal and informal structures that influence, shape and determine the environment in which the person develops.

It is evident that women have the highest rate of being victims, between the age ranges of 21-36 years, related to a higher level of illiteracy, so it is seen that the low socio-economic level is a major determinant in the scenarios of violence. Victims who live in a place where there is alcohol and drugs are more likely to be involved in intrafamily sexual aggression.

Conclusion. Domestic violence is considered a high impact social problem, due to the number of physical and economic consequences, which have implied a constant intervention of the State in practically all South American countries.

The main consequences are manifested in the socio-cultural and even economic development of the population, therefore, the approach to this problem at a preventive level from the private enterprise and the state is an alternative that allows reducing the social and economic costs of domestic violence and in turn, provide greater welfare in the workplace and in their family and social spectrum.

The types of domestic violence most frequently described in this study include self-inflicted violence, which includes suicidal behavior and self-injury as a response to severe depression or feelings of hopelessness and inability to continue with the bond and circle of violence.

It is of utmost importance to emphasize that Costa Rica has national protocols for multidisciplinary management by state and private entities, with great relevance for those entities that provide health care, such as the MS and the CCSS, and the existing protocols of individual private hospitals. These protocols are similar to those used in South America for the management of domestic violence.

Key words: violence, domestic violence, post-violence medical sequelae, victims, aggressors.

IV. Tabla de contenidos

I. Resumen	2
Abstract	5
II. Agradecimientos	8
III. Dedicatorias	9
IV. Tabla de contenidos	10
V. Lista de tablas	13
VI. Lista de abreviaturas	14
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	15
1.1 Introducción	16
1.2 Planteamiento del problema	17
1.3 Pregunta de la investigación	18
1.4 Objetivos	19
1.4.1 Objetivo general	19
1.4.2 Objetivos específicos	19
1.5 Justificación	20
1.6 Proyecciones	21
1.7 Antecedentes	22
1.7.1 Antecedentes históricos	22
1.7.2 Antecedentes internacionales	23
1.7.3 Antecedentes nacionales.....	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	28
2.1 Violencia	29
2.1.1 Causas y factores de riesgo para violencia	29
2.1.2 Modelo de factores de riesgo.....	30
2.1.3 ¿Por qué la violencia?.....	33
2.2 Perfiles de agresor y de víctima	33
2.2.1 Perfil de agresor.	33
2.2.2 Perfil de víctima de violencia.....	34
2.3 Círculo de la violencia	36
2.3.1 Fase de acumulación de tensión	36
2.3.2 Fase de estallido de violencia	36
2.3.3 Fase de calma o luna de miel.....	37
2.4 Tipos de violencia	37
2.5 Formas de violencia	38
2.5.1 Abuso sexual.....	38

2.5.2	Violencia de pareja	38
2.5.3	Violencia sexual	39
2.5.4	Violencia sexual contra los hombres y los niños	40
2.5.5	Violencia social y económica	41
2.6	La religión y su asociación a la violencia	43
2.7	Masculinidad	45
2.8	Violencia y masculinidad	45
2.8.1	Hombres que ejercen violencia	45
2.9	Factores desencadenantes de violencia	46
2.9.1	Alcoholismo crónico	46
2.9.2	Consumo prolongado de drogas ilícitas.....	47
2.9.3	Agresión.....	48
2.10	Secuelas que sufren las personas producto de la violencia.....	49
2.10.1	Ansiedad	49
2.10.2	Depresión	53
2.10.3	Estrés	56
2.10.4	Trastorno de estrés postraumático	60
2.10.5	Intentos de suicidio	62
2.10.6	Trastornos psicósomáticos	63
2.10.7	Lesiones físicas	64
2.10.8	Trastornos de conducta alimentaria.....	65
2.10.9	Trastornos del aparato digestivo.....	65
2.10.10	Diversas consecuencias para la salud reproductiva	66
2.11	Normalización de la violencia	67
2.12	Impunidad de la violencia y femicidios	68
2.13	Abordaje del agresor	69
<i>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</i>		<i>71</i>
3.1	Tipo de enfoque	72
3.2	Objetivos con un enfoque cualitativo	72
3.2.1	Objetivo general	72
3.2.2	Objetivos específicos	72
3.3	Elaboración de las fuentes de información.....	73
3.3.1	Fuentes de información.....	73
3.4	Criterios de búsqueda.....	89
3.4.1	Criterios de inclusión y de exclusión.....	91
3.5	Unidad de análisis	92
<i>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</i>		<i>94</i>
4.1	Resultados	95
<i>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</i>		<i>98</i>
5.1	Conclusiones	99
5.2	Recomendaciones	104

5.3 Recomendaciones para futuras investigaciones.....	107
<i>CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	108
<i>CAPÍTULO VII: ANEXOS.....</i>	112

V. Lista de tablas

Tabla 1. Fuentes de información de los artículos	73
Tabla 2. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo.....	89
Tabla 3. Unidades de análisis	92
Tabla 4. Perfil del agresor y la víctima.....	113
Tabla 5. Características de factores de riesgo.....	114
Tabla 6. Mitos y realidades de la violencia.	116
Tabla 7. Políticas, planes y programas institucionales.	118

VI. Lista de abreviaturas

ACTH:	Hormona Adrenocorticotropa
CCSS:	Caja Costarricense de Seguro Social
CIE-10:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CRF:	Corticotropina
DM:	Diabetes Mellitus
DSM:	“Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales).
HTA:	Hipertensión arterial
IMAS:	Instituto Mixto de Ayuda Social
INA:	Instituto Nacional de Aprendizaje
INAMU:	Instituto Nacional de la Mujer
INS:	Instituto Nacional de Seguros
LGBTQ:	Lesbiana, gay, bisexual, transgénero y <i>queer</i>
MEP:	Ministerio de Educación Pública
M.S.	Ministerio de Salud
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PANI:	Patronato Nacional de la Infancia
TEPT:	Trastorno de estrés postraumático
UCR:	Universidad de Costa Rica
UNA:	Universidad Nacional
VD:	Violencia doméstica
VFP:	Violencia filio-parental
VIF:	Violencia intrafamiliar
VIH:	Virus de inmunodeficiencia humana

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En las últimas décadas, se ha observado un aumento significativo de la violencia en la sociedad, presentando grandes daños físicos, mentales, psicológicos y económicos en las poblaciones involucradas. Como parte de un sistema de salud, buscamos hacer una integración de cómo lograr identificar, conducir y ayudar a las víctimas de violencia; con ello, en este trabajo, se quieren abordar las recomendaciones de cómo efectuar un abordaje, cómo reconocer cuando llega una víctima, además de conocer las leyes brindadas en el país para las partes involucradas en el ciclo de la violencia (Adas, 2017).

La violencia deviene en un problema de salud pública. No representa propiamente una enfermedad, pero es un factor importante de riesgo psicosocial, debido a sus consecuencias múltiples, tanto a nivel social, psicológico y físico, además del daño provocado a sus víctimas, en algunos casos, invalidez y la muerte.

Al respecto, Salazar (2019) se refiere a la violencia como una forma de ejercicio del poder que facilita la dominación, opresión o supremacía a quien la ejerce y una posición de sometimiento o sujeción de quien la sufre.

Asimismo, dicho autor define la violencia intrafamiliar como el conjunto de actitudes o de comportamientos de abuso de un miembro de la familia a otro, afectando la integridad física y psicológica de quien la sufre. El factor cultural de las personas puede estar asociado al comportamiento de violencia y contribuye a la formación del carácter y de la personalidad de un individuo. Dicho comportamiento o conducta agresiva puede ser reproducido por algún miembro de la familia, el cual, a largo plazo, puede optar por reconocerlo como un patrón, provocando expansión de las consecuencias.

Por otra parte, Adas (2017) indica que las víctimas más comunes son aquellas que presentan los perfiles más vulnerables, sea por su aspecto físico o mental. Dentro de este grupo, se encuentran niños, adultos mayores, adolescentes y mujeres. En ocasiones, dichas personas víctimas son coaccionadas a guardar silencio y, de esta forma, son más propensas a sufrir violencia y abusos. Posteriormente, este tipo de violencia puede repercutir en problemas sociales o emocionales para la víctima.

Ante algún caso de violencia, es necesario notificar a las autoridades pertinentes, ya que, al notificar el problema, las víctimas pueden recibir apoyo de profesionales por medio de diferentes instituciones.

1.2 Planteamiento del problema

En este trabajo, se desea realizar una revisión bibliográfica de los resultados de diferentes maneras, en donde se visualizan poblaciones más desarrolladas y civilizadas totalmente devastadas y quedadas al descubierto por la alta tasa de mortalidad. Lo mencionado conlleva a que las personas presenten un alto nivel de estrés, presión, angustia y miedo, lo cual se manifiesta en muchas formas, siendo para este trabajo de mayor importancia la violencia intrafamiliar.

Por otro lado, con este trabajo, se quiere llegar a fondo para demostrar si hay un ligamen entre las enfermedades psiquiátricas y la violencia intrafamiliar. De esta manera, se determinará si el aislamiento social sea un detonante para tal evento. Todo esto se realiza con la ayuda de los análisis de datos del último año, logrando una comparativa en el aumento en los casos de denuncia por violencia intrafamiliar.

Principalmente, el trabajo quiere plantear cómo está la sociedad para enfrentar las nuevas disposiciones en cuanto al aislamiento social y no modificar sus conductas. De no ser así, se debe brindar un protocolo o abordaje a la población en riesgo para sufrir las menos pérdidas posibles por causa de otras formas de muertes violentas.

1.3 Pregunta de la investigación

¿Cuáles son las principales secuelas médicas más significativas de la violencia intrafamiliar en adultos jóvenes de Suramérica entre los años 2015 y 2020?

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Evaluar las secuelas más importantes en el campo médico para las poblaciones expuestas a la violencia intrafamiliar en adultos jóvenes de Suramérica entre los años 2015 y 2020.

1.4.2 Objetivos específicos

1. Describir los distintos tipos y categorías que comprenden a la violencia intrafamiliar.
2. Identificar las principales secuelas médicas posteriores a la violencia intrafamiliar en Suramérica entre los años 2015 y 2020.
3. Categorizar los tipos de violencia asociados a la población de adultos jóvenes en Suramérica entre los años 2015 y 2020.
4. Actualizar a los funcionarios en los servicios de atención primaria de salud para poder reconocer los patrones de violencia, las víctimas y los agresores, y las secuelas presentes en ellos.

1.5 Justificación

Se logra identificar cómo la sociedad actual no está acostumbrada a sobrellevar el estrés, ya sea por trabajo o situaciones familiares económicas y sociales. Por ende, se va a identificar un patrón de denuncias para la violencia intrafamiliar no solo demostrando si hay una asociación con enfermedades psiquiátricas de fondo como esquizofrenia, depresión, ansiedad, bipolaridad, entre otras, sino que identificando una compleja unión de factores para potenciar patrones violentos en las personas.

Toda esta investigación médica tiene como finalidad el brindar una ayuda o guía a los profesionales del área de salud para así poder hacer un mejor abordaje a los pacientes y lograr disminuir el ciclo de la violencia intrafamiliar. En Costa Rica, se ha logrado identificar un faltante de investigación en algunos campos de la salud y se buscó información de otras partes del mundo, obteniendo información beneficiosa para el país. A partir de una exhaustiva revisión bibliográfica, se puedan analizar los diferentes puntos por tratar.

1.6 Proyecciones

- Concientizar al personal de salud (y a la población en general) acerca de la importancia del tema en la salud integral de los individuos con el fin de comprenderlo y facilitar la identificación y el posible abordaje.
- Proporcionar un documento actualizado del tema que pueda servir como posible referencia en el abordaje de las poblaciones vulnerables que se encuentren en riesgo de violencia intrafamiliar.
- Ofrecer información que permita orientar a las personas que sufren de esta problemática para que puedan comprender mejor el tema y que, con fortuna, puedan superarlo con mayor facilidad.
- Capacitar a los funcionarios en los servicios de atención primaria para poder reconocer los patrones de violencia y las secuelas presentes en ellos.

1.7 Antecedentes

1.7.1 Antecedentes históricos

González, Martínez, Fernández, Montero y Montero (2019) mencionan que, “desde la antigüedad, los actos de crueldad con los niños levantaron el repudio de diversas sociedades hacia los autores de esta acción despreciable. Fue citado, en el Código de Hamurabi (2000 años antes de Cristo), que, para la nana que dejara morir en sus brazos a una criatura, la pena era la amputación de sus senos. Tales actos fueron reconocidos desde la antigüedad como comportamientos inapropiados hacia los niños” (p.180).

Desde épocas remotas, la salud de las mujeres ha sido controlada por los hombres. En la antigüedad, se atribuían todos los males y las enfermedades femeninas primero al útero y, más adelante, a los ovarios, cuando éstos fueron descubiertos. Los egipcios consideraron que la mala posición del útero era la responsable de todas las afecciones de las mujeres. Esta misma creencia se mantuvo en la Grecia y Roma antiguas y, más adelante, la adoptaron las religiones tanto occidentales como orientales en conjunto con el discurso médico (Ferret, et al., 2017, p.280).

Desde un ámbito legal, la primera referencia sobre los derechos infantiles consta en un instrumento jurídico internacional desde 1924, cuando la Asamblea de la Sociedad de las Naciones Unidas adoptó una resolución sobre la Declaración de los Derechos de los Niños promulgada en el año anterior por el Consejo de la Unión Internacional de Protección de la Infancia (González, Martínez, Fernández, Montero y Montero, 2019).

Según Quinteros (2017), la violencia familiar es un problema social grave de la Argentina y genera múltiples interrogantes sobre sus causas y, por sobre todas las cosas, sobre los medios para resolverlo. Este trabajo se inscribe dentro de una investigación más amplia que se propone la realización de un diagnóstico de situación de la violencia familiar en la historia argentina. No obstante, en este avance, se pone especial énfasis en la violencia ejercida por los maridos hacia sus mujeres sobre la base de una muestra de documentos judiciales correspondientes al periodo 1785-1829.

Según García, et al. (2016), el presente artículo tiene por objeto reflexionar sobre la historia del campo familiar contemporáneo y sus cambios, desde la revolución de los jóvenes en 1960, hasta la primera década del siglo XXI y las relaciones de violencias al interior del campo familiar. En ese sentido, se tomaron conceptos teóricos y metodológicos que permitieron la contrastación entre varias épocas a partir del presente hacia situaciones del pasado, siguiendo el hilo de los conflictos microsociales que se expresan, tanto como violencia filioparental, como violencia entre hermanos, las cuales son analizadas como tipologías de lo que se ha denominado violencia intrafamiliar.

La reflexión teórica se apoyó en algunos planteamientos de Pierre Bourdieu sobre la violencia simbólica, la reproducción y, específicamente, sobre las estrategias de reproducción en el campo familiar, por tanto, se brinda mayor énfasis a las estrategias de inversión simbólica, ética y educativa. Los datos que soportan el artículo fueron tomados de las bases de datos de dos proyectos de investigación sobre violencia escolar en Bogotá en el periodo comprendido entre el 2009 y el 2015, los cuales arrojaron un campo de datos sobre familia y violencia que permitieron la elaboración de este texto.

Según manifiestan los autores, se evidencia un cambio en las relaciones de violencia en el campo familiar a partir de las revoluciones de los jóvenes en los años 1960, donde se modifican los conceptos teóricos y metodológicos que presentan situaciones del pasado. Con esto, se evidencian los conflictos en las familias, donde se observan peleas entre hermanos, entre padres o entre padres e hijos, haciendo un problema de violencia en el entorno familiar (Ferrel, et al., 2017, p.283).

1.7.2 Antecedentes internacionales

El 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de personas distintas a ésta, lo cual representa un elevado porcentaje de la población femenina mundial.

En Colombia, se conjuga un clima de violencia y discriminación contra la mujer bajo el contexto de conflicto armado que la acentúa; el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses revela que, en los seis primeros meses del año 2013, hubo 514 mujeres víctimas de homicidio, reportándose como principal causa la violencia de pareja con 12048 mujeres víctimas, seguido de los delitos sexuales (Ferrel, et al., 2017, p.283).

Desde esta perspectiva, la definición de salud mental consignada en la ley recientemente aprobada en Colombia incluye el bienestar emocional, psíquico y social de toda persona; afecta la manera como pensamos, sentimos y actuamos; ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, cómo nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones; por lo tanto, es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez, hasta la edad adulta y la senectud (Ferrel, et al., 2017, p.283).

En otros casos como Perú los datos sobre la prevalencia de la violencia sexual necesitan de profundización, razón por la cual se han realizado algunos estudios peruanos que indagan sobre los factores asociados a la violencia de pareja, aunque, como se ha encontrado, estos son escasos y a menudo la violencia sexual es pasada por alto. Como se encuentra en la literatura, algunos de dichos estudios se concentran en la violencia física (Enríquez, et al., 2018, p.41).

Por otro lado, Aiquipa (2015), en relación con la dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja, afirma que tiene como objetivo identificar la relación entre la dependencia emocional y la violencia de pareja en una muestra conformada por mujeres usuarias del servicio de psicología de un establecimiento de salud nacional. Para esto, se sigue un enfoque cuantitativo y se utiliza una estrategia asociativa comparativa.

Los resultados sugieren la existencia de una relación estadística significativa entre las variables de estudio, pues se encontraron diferencias entre los dos grupos en estudio y se determinó que el valor asumido por el coeficiente de relación entre las variables fue altamente significativo. Por lo tanto, quedan aún muchas interrogantes para identificar una relación entre la dependencia emocional y la violencia de pareja en la mujer, por lo cual se recomienda proponer alternativas eficaces de intervención para este problema (Aiquipa, 2015).

Agudelo, Cardona, Segura, Muñoz, Segura y Restrepo (2019), en el artículo titulado: “Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016”, presentan como objetivo el determinar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor de la ciudad de Pasto y la asociación con factores sociodemográficos y familiares. Para ello, se utiliza una metodología de estudio transversal de fuentes de información primaria obtenidas a partir de encuestas. Con base en éstas, se obtienen resultados en referencia a que la prevalencia de maltrato al adulto mayor en la ciudad de Pasto para el año 2016 fue de 13.0%, donde los principales factores fueron dependencia, disfuncionalidad severa del adulto mayor, malos tratos entre miembros de la familia y escaso apoyo social.

La prevalencia de adultos mayores maltratados en la región de Pasto es alta, considerando que corresponde a acciones presentadas al interior de la familia; el deterioro en las relaciones sociales y familiares del adulto mayor son factores que incrementan el maltrato en la vejez, por lo cual deben fortalecerse vínculos y redes de apoyo en esta etapa (Agudelo, et al., 2019).

Rojas (2020), en su investigación titulada: “Rasgos de personalidad y trastorno de estrés postraumático en víctimas reincidentes”, tiene como objetivo comprender el funcionamiento psíquico de las víctimas reincidentes. Para ello, se utiliza la aplicación de un cuestionario de Salamanca para trastornos de personalidad y la escala de trauma de Davinson. Considerando lo anterior, se obtienen puntajes muy altos, mostrando la presencia de trastorno de estrés postraumático.

Por consiguiente, se demuestra que las víctimas reincidentes evaluadas presentan rasgos de personalidad caracterizados por un funcionamiento poco adaptativo a su entorno, presentando altos niveles de ansiedad y dependencia emocional, impulsividad, agresividad, dramatismo y bajo control de impulsos. Consecuentemente, se sugiere continuar con mayor investigación y otro tipo de metodología (Rojas, 2020).

1.7.3 Antecedentes nacionales

La violencia contra los miembros del hogar, las mujeres (cónyuges) y, en especial, contra los niños es un problema reconocido en el mundo entero. Sin embargo, hasta el momento, la ausencia de estadísticas confiables ha sido el principal obstáculo para un diagnóstico adecuado sobre la magnitud de la violencia doméstica (Ferrel, et al., 2017, p.283).

En Costa Rica, el objetivo primordial de la valoración médico-legal es la producción de prueba, es decir, determinar la existencia de elementos que conduzcan a la comprobación de los hechos denunciados para que se puedan presentar en defensa de las víctimas en los procesos de juicio. Los tipos de lesiones en el ámbito de la violencia domésticas más frecuentes son las agresiones físicas, psíquicas y las agresiones mixtas (Bogantes, 2018, p.54).

Las agresiones físicas aparecen ligadas a golpes con las manos u objetos romos y amenazas con armas diversas. Como consecuencia, se dan contusiones, heridas contusas, por arma blanca, arma de fuego. La gran mayoría de las lesiones consisten en excoriaciones, equimosis, hematomas, lesiones osteoarticulares y heridas. Las lesiones cobran extrema gravedad cuando se emplean, en la agresión, armas o instrumentos, pudiendo producirse lesiones severas incluso la muerte. (Bogantes, 2018, p.54).

En cuanto a las agresiones psíquicas, todo empieza con sutiles menosprecios, ira contenida, fría indiferencia, sarcasmo, largos silencios, demandas irrazonables o manipulativas. El agresor inicia un proceso de alejamiento y aislamiento de la mujer de su entorno familiar y social, haciéndola más dependiente de él y más indefensa ante sus insultos, con la subsecuente baja en la autoestima, inseguridad, humillación principalmente al afectar las esferas íntimas de la víctima (obligándola a tener relaciones sexuales o criticando su forma de tenerlas). En ocasiones, las agresiones verbales pueden ser mutuas (Díaz, Arrieta y González, 2015).

Las agresiones mixtas son las más frecuente. En ellas, se mezcla el maltrato físico con la violencia verbal y el insulto. Las consecuencias de la violencia doméstica son siempre un daño en la salud física, psicológica y social de la mujer, un menoscabo en sus derechos humanos y un riesgo para la vida (Bogantes, 2018, p.54).

Dentro de las principales consecuencias de violencia en Costa Rica, según Bogantes se encuentran “fatiga crónica, agotamiento, depresión, síndrome de estrés postraumático, alteraciones en la alimentación, dificultades en las relaciones íntimas de pareja, incremento del ausentismo laboral y disminución del rendimiento, lesiones varias, embarazos no deseados, cefaleas, partos prematuros, abortos y adicciones” (Bogantes, 2018, p.54).

Rojas (2004), en su estudio denominado: “La violencia social en Costa Rica”, pone en evidencia una problemática de interés y, como tal, pretende ser una herramienta que contribuya a profundizar en el conocimiento y el análisis de los factores explicativos que inciden en la violencia social costarricense. De esta manera, contribuye a la sensibilización para construir colectivamente una cultura sin violencia. Por lo tanto, se realiza una serie de análisis de la situación país, con la limitación de obtener información estadística, ya que mucha información es considerada confidencial.

Por consiguiente, se concluye que, en el país, se ha presentado un alto incremento en los casos de violencia y se constataron las debilidades en materia de información que manejan las instituciones con programas de ayuda para las situaciones de violencia. Por ello, se debe fortalecer el campo de promoción y prevención, así como incursionar en el abordaje de los otros tipos de violencia (Rojas, 2004).

Por otra parte, Piedra (2019), en su artículo “Violencia contra las mujeres y femicidio”, tiene como objetivo visibilizar la violencia contra las mujeres y el femicidio como resultado de las desigualdades de poder generadas y legitimadas por las estructuras patriarcales. Con el resultado de la recopilación de información teórica y estadística, se demuestra la importancia del análisis del femicidio como un asunto de interés público y la necesidad de ser incorporado, de manera integral, en todas las políticas de prevención de la violencia desarrolladas en Costa Rica.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Violencia

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada” (Díaz, Arrieta y González, 2015).

El 35% de las mujeres del mundo han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de personas distintas a ésta, siendo éste un elevado porcentaje de la población femenina mundial (Díaz, Arrieta y González, 2015).

De la misma forma, dichos autores aducen que se conjuga un clima de violencia y discriminación contra la mujer, bajo el contexto de conflicto armado que la acentúa; el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses revela que, en los seis primeros meses del año 2013, 514 mujeres víctimas de homicidio, reportándose como principal causa la violencia de pareja, con 12048 mujeres víctimas, seguido de los delitos sexuales (Díaz, Arrieta y González, 2015, p.20).

2.1.1 Causas y factores de riesgo para violencia

Atestiguar o experimentar abuso desde la infancia está asociado a que, “en el futuro, los niños sean perpetradores de violencia mientras las niñas experimenten violencia contra ellas. También el abuso de sustancias (incluyendo alcohol) está asociado a una mayor incidencia de la violencia” (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

Según Pereira (2018), en el estudio “Pertenencia de las mujeres a grupos marginados o excluidos y las limitadas oportunidades económicas”, éste representa “un factor agravante para la existencia hombres desempleados o subempleados, asociado con la perpetuación de la violencia; y es un factor de riesgo para mujeres y niñas, de abuso doméstico, matrimonios forzados, matrimonios precoces, la explotación sexual y trata” (p.28).

Algunos otros aspectos de riesgo incidentes en la violencia son los siguientes:

La presencia de disparidades económicas, educativas y laborales entre hombres y mujeres al interior de una relación íntima. Conflicto y tensión dentro de una relación íntima de pareja o de matrimonio. El acceso inseguro de las mujeres al control de derechos de propiedad y de tierras. (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

Actitudes y prácticas que refuerzan la subordinación femenina y toleran la violencia masculina (por ejemplo, la dote, pagos por la novia, matrimonio precoz).

Falta de espacios para mujeres y niñas, espacios físicos o virtuales de encuentro que permitan su libre expresión y comunicación; un lugar para desarrollar amistades y redes sociales, vincularse a asesores y buscar consejos en un ambiente de apoyo. Uso generalizado de la violencia dentro de la familia o la sociedad para enfrentar los conflictos.

Un limitado marco legislativo y de políticas para prevenir y hacer frente ante la violencia. Falta de sanción (impunidad) para perpetradores de la violencia. Bajos niveles de concientización por parte de los proveedores de servicios, así como de los actores judiciales y los encargados de hacer cumplir la ley (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

2.1.2 Modelo de factores de riesgo

La etiología de la violencia ha sido estudiada y se han creado modelos que permiten establecer los factores asociados con el fin de identificarlos e intervenir tanto a nivel preventivo como asistencial. Uno de los modelos más reconocidos y utilizados para abordar la violencia intrafamiliar ha sido el modelo de Belsky, donde se representan los factores de riesgo en 4 niveles dentro de un pensamiento sistémico de la problemática: (1) el nivel ontogenético (2) el microsistema (3) el exosistema (4) el macro sistema (Benavides, 2015).

El ontosistema, que contiene la historia personal del individuo dentro de un plano biosocial y pone de relieve aspectos psicológicos típicamente abordados en términos de personalidad y caracterología, la victimización infantil, así como el desarrollo de la necesidad de ejercer poder sobre los otros son dos condiciones que se acoplan dentro de este nivel (Benavides, 2015).

El microsistema, que le da nombre al entorno relacional más inmediato, está constituido por las interacciones cercanas que el individuo mantiene con el medio más inmediato, especialmente con la familia de origen y ampliada. En ese marco más íntimo, acontecen los aprendizajes transaccionales que influirán en los futuros estilos de vinculación y se relacionan, fundamentalmente, con los patrones relacionales desplegados, de manera redundante, en las familias. Por ejemplo, los basados en formas democráticas de relación, o, por el contrario, en formas autoritarias (Benavides, 2015).

Este subsistema hace referencia al contexto inmediato de las relaciones familiares. Se incluyen las características psicológicas de los miembros de la familia, donde se hace especialmente énfasis en aspectos como el temperamento, la salud física y mental, las adicciones y las discapacidades de todos los miembros de la familia. Esta dimensión incluye los vínculos y la calidad de las relaciones entre sus miembros.

El exosistema hace referencia a las estructuras formales e informales en que se encuentran los miembros de la familia, como el mundo laboral y las relaciones sociales, los grupos de pertenencia y, en general, los vínculos sociales existentes. Además, incluye las relaciones laborales y el desempleo, involucrando también los sistemas de apoyo social (Benavides, 2015).

El exosistema corresponde al nivel comunitario con el que una persona interactúa de manera indirecta o directa, y en cuyo interior hallamos el complejo entramado de servicios e instituciones relacionadas, por ejemplo, con la salud, la educación, el trabajo, las profesiones, entre otras. En dicho nivel, el ejercicio de la violencia puede verse legitimado a través de múltiples formas de impunidad y revictimización, sea por la laxitud de las leyes, su incumplimiento o la inexistencia de las mismas (Benavides, 2015).

El macrosistema incluye tres tipos de variables: socioeconómicas, estructurales y culturales. Todas ellas afectan la vida de cada uno de ellos. En general, se trata de variables que muestran la capacidad de acceso de los individuos a los servicios de protección, salud y educación. Los aspectos culturales se relacionan con los valores dominantes en cada grupo social y, en cada momento,

histórico, con la forma de educar a los niños, de comunicarse con su pareja y de respetar cierta normatividad social y familiar (Benavides, 2015).

El macrosistema también se puede definir como aquel que contiene a los demás (sub)sistemas y abarca la constelación de valores, actitudes y creencias compartidas por la cultura dentro de la cual tiene lugar el acto violento. Desde los parámetros albergados dentro de este marco general, se ponderan las prácticas que involucran las relaciones de fuerza y de poder, así como los roles y las funciones que cada quien desempeña dentro de la organización social. La ideología patriarcal, inductora de la dominación masculina, encaja adecuadamente dentro de este nivel.

Desde un punto de vista social (vecindarios, agrupaciones barriales, ámbitos escolares, laborales, institucionales, recreativos y religiosos), los factores de riesgo se envuelven, principalmente, en prácticas extendidas que cultivan la violencia, donde se incentivan formas de vida en las que se ha legitimado y se ha naturalizado su ejercicio o trivializado su gravedad. La violencia, en los mecanismos de afrontamiento que los miembros de la comunidad comparten para dirimir los conflictos, puede estar drásticamente agudizada por situaciones de pobreza, exclusión, marginación, inaccesibilidad a servicios de salud y educación, entre otras (Benavides, 2015).

Las teorías que conciben a la violencia como originada en factores socioculturales darían cuenta de las entrecruzadas vías por las cuales las conductas violentas se normalizan dentro del tejido comunitario y se cristalizan en una aparatosa infraestructura de instituciones convertidas ellas mismas en factor de riesgo.

Lo puede verse reforzado desde el nivel macrosocial, donde los factores de riesgo tienen un grado de abstracción más elevado, pero no menos importante. La cultura de la ilegalidad, la corrupción, el abuso de poder y el desprecio a los derechos humanos de parte de quienes son responsables de hacerlos valer son ejemplos de cómo tales macroconfiguraciones pueden propiciar un capital anómico desde el cual se potencien o se inhiban las conductas violentas (Benavides, 2015).

2.1.3 ¿Por qué la violencia?

Dentro de distintas teorías de estudio de comportamiento humano, se resalta el primer vínculo con el exterior, el cual representa el desencadenante de algún comportamiento violento: el contexto inmediato de las relaciones familiares. Se incluyen las características psicológicas de los miembros de la familia, donde se hace especialmente énfasis en el temperamento, en la salud física y mental, en las adicciones y en las discapacidades de todos los miembros de la familia. Esta dimensión incluye los vínculos y la calidad de las relaciones entre sus miembros (Fernández, Quiñones Flores y Prado, 2019).

2.2 Perfiles de agresor y de víctima

La violencia no se limita a las relaciones de pareja o hacia la mujer, sino que cualquier persona de su entorno próximo utilice la agresión como parte del vínculo de convivencia, donde se pueden incluir, tanto relaciones sentimentales, como vínculos familiares e incluso de cercanía o laborales (Fernández, Quiñones Flores y Prado, 2019).

2.2.1 Perfil de agresor.

Dentro del perfil del agresor se demuestra que, existen diferentes tipos de personas violentas o agresores limitados al ámbito familiar, agresores con características borderline o disfóricas y agresores violentos en general que muestran un tipo de personalidad antisocial que requieren programas de tratamiento y son identificables en la evaluación psiquiátrica.

Además, se incluyen comportamientos como el abuso de alcohol y drogas, los celos patológicos y los trastornos de personalidad (antisocial, límite, narcisista y paranoide), así como los déficits psicológicos de estas personas, tales como el descontrol de la ira, las dificultades emocionales, las distorsiones cognitivas, la baja autoestima y los déficits de comunicación y de solución de problemas (Fernández, Quiñones Flores y Prado, 2019).

Por tanto, la mayoría de los estudios concluyen que los trastornos mentales son muy poco frecuentes, pero sí aparecen determinados rasgos o características con una elevada frecuencia. De ellas, algunas de las más frecuentes son las siguientes:

- No presenta psicopatología específica.
- No emplea violencia con otras personas.
- Tiene actitudes sexistas y creencias con estereotipos marcados.
- El agresor muestra un comportamiento celoso, pues, generalmente, el individuo maltratador tiende a temer que la pareja lo abandone o lo ponga en evidencia.
- Utiliza causas externas como justificantes de su comportamiento violento.
- Suele tener buena imagen pública. Esto se debe a que, fuera del hogar la persona maltratadora tiende a actuar con perfecta normalidad.
- Posee inestabilidad emocional: indica mal control de los sentimientos y emociones, baja tolerancia a la frustración con reacciones incontrolables y desproporcionadas a los estímulos, e inseguridad y baja autoestima.
- Tiene relaciones de dependencia Si bien no se cumple en todos los casos, es común que, en la estructura de su personalidad, el maltratador tienda a poseer cierta dependencia del entorno.

2.2.2 Perfil de víctima de violencia

Según describen Fernández, Quiñones Flores y Prado (2019), dentro del perfil de la persona víctima, se destaca que puede llegar a sufrir una situación violenta independientemente de las circunstancias particulares de cada una (económicas, laborales, sociales, educativas) o de otros elementos que pueden incrementar el riesgo potencial de sufrir maltrato (pautas culturales, socialización según estereotipos de género, falta de medios para la detección, dificultades en la aplicación de la legislación vigente).

Aunque no existe un perfil único que sugiera que las víctimas son exclusivamente mujeres, existe una serie de características comunes en todas las víctimas: el abuso se inicia entre los 17 y 28 años; en la mitad de los casos, hay antecedentes de episodios depresivos previos al abuso, y la

dependencia o tendencia a establecer relaciones asimétricas con el otro sexo, aceptando reglas patriarcales en la relación. Por lo tanto, las mujeres cumplen con el perfil de víctima con mayor frecuencia.

Es probable que la mujer haya sufrido maltratos en la infancia y haya desarrollado una baja autoestima y una alta tolerancia a la violencia, ya que se trata de un modelo aprendido con anterioridad.

El síndrome de la mujer maltratada pretende explicar por qué algunas mujeres no son capaces de protegerse en forma eficaz o escapar de la situación de maltratos recibidos por parte de sus parejas. Según postula este modelo, las mujeres se adaptan a la situación aversiva y desarrollan estrategias para afrontar las agresiones y minimizar el sufrimiento emocional. Estas estrategias pueden ser la minimización, la negación o la disociación, entre otras (Fernández, Quiñones, Flores y Prado, 2019).

2.2.2.1 Factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres

De acuerdo con Quispe, Curro y Córdova (2019), una de las formas más comunes de violencia sexual en todo el mundo es la perpetrada por la pareja. Lo anterior lleva a concluir que uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres (en cuanto a su vulnerabilidad ante la agresión sexual) es estar casada o convivir con una pareja. Otros factores que influyen en el riesgo de violencia sexual son los siguientes:

- Ser joven.
- Consumir alcohol u otras drogas.
- Haber sido violada o abusada sexualmente con anterioridad.
- Tener muchos compañeros sexuales.
- Ser profesional del sexo.
- Mejorar el nivel de instrucción y aumentar la independencia económica, al menos cuando lo que está en juego es la violencia sexual en la pareja.
- La pobreza.

2.3 Círculo de la violencia

La violencia opera por ciclos donde se enfatizan tres fases en que se produce y se reproduce la violencia: acumulación de tensión, estallido de violencia y luna de miel o fase de calma. La articulación de estos momentos da origen a lo que conocemos como círculo de la violencia y suele repetirse o perpetuarse (Rojas, 2020).

2.3.1 Fase de acumulación de tensión

Ésta es la fase más difícil de identificar. Su elemento principal es la violencia psicológica, en la cual el agresor manifiesta, cada vez, mayor irritabilidad, intolerancia y frustración: insulta, aísla, critica, humilla, responsabiliza de su estado de ánimo, cela, deja de hablar, discute y no te permite hablar, entre otras cosas. En estas circunstancias, la mujer suele justificar la conducta agresiva con frases como “yo lo provoqué” o “me cela porque me quiere” (Fernández, Quiñones, Flores y Prado, 2019).

2.3.2 Fase de estallido de violencia

Es el resultado de la tensión acumulada. Se pierde toda posibilidad de comunicación con el agresor y descarga sus tensiones. Después del incidente violento, es posible que el mismo agresor cure las lesiones de su víctima o la lleve al hospital argumentando que se trató de un “accidente”.

En esta fase, la agresividad ha aumentado y, finalmente, estalla la violencia. Éste es un periodo explosivo e impredecible, que, usualmente, perdura entre 24 y 72 horas, lo cual puede resultar en lesiones serias e incluso la muerte. El incidente es producto del estado emocional del abusador o un evento externo, en vez de algo que la víctima haya hecho. Durante este periodo, la víctima realiza acciones para sobrevivir al abuso, las cuales pueden incluir la acomodación a las demandas del abusador o tratar de escapar (Rojas, 2020).

2.3.3 Fase de calma o luna de miel

En esta fase, se inicia un periodo de reconciliación. El agresor se muestra arrepentido no por el hecho de haber estallado, sino por haberse excedido en la manera de hacerlo, pide disculpas y promete que el incidente no volverá a suceder. Tras varias repeticiones del ciclo, la fase de la reconciliación desaparece, pasando de la “acumulación de tensión” al “estallido de violencia”. En este caso, las agresiones serán cada vez más violentas (Rojas, 2020).

Cuando se inicia el ciclo, la víctima comienza a entrar y salir de la relación. A menudo, se necesitan muchos intentos para tomar una decisión final y salir definitivamente de la relación violenta. Los sentimientos de culpa, inseguridad y preocupación por el bienestar de los niños juegan un rol importante en el proceso de la toma de decisión de la víctima (Rojas, 2020).

2.4 Tipos de violencia

- Violencia autoinfligida (comportamiento suicida y autolesiones).
- Violencia interpersonal (violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos; así como violencia entre personas sin parentesco).
- Violencia colectiva (social y económica).

Violencia autoinfligida se puede dividir en dos aspectos muy importantes: el comportamiento suicida y las autolesiones como secuelas de la violencia, donde la persona siente incapacidad de continuar con su vida debido al entorno de violencia (Rojas, 2020).

Los datos sugieren que la violencia intrafamiliar aumenta el factor de riesgo en la aparición de la aparición de depresión. Por un lado, se observa que la frecuencia de depresión en víctimas de es significativamente superior a la encontrada en personas no expuestas a violencia. De este modo, los resultados indican que las magnitudes de depresión e ideación suicida son más frecuentes en personas que sufren violencia intrafamiliar.

Otros factores que, de acuerdo con la literatura, inciden en la aparición de sintomatología depresiva son el embarazo y el puerperio. Aquellas mujeres que han sufrido violencia son más propensas a presentar comportamiento depresivo con ideación suicida. Entonces, este hallazgo

permite sugerir que la asociación significativa encontrada entre violencia y depresión no está influenciada por el embarazo como factor de riesgo para depresión, sino que la violencia es el principal factor de riesgo, ya que representa un 17% más de probabilidades con respecto a aquellas mujeres que tienen un embarazo en un ambiente sin violencia intrafamiliar (Fernández, Quiñones, Flores y Prado, 2019).

2.5 Formas de violencia

2.5.1 Abuso sexual

Los niños pueden ser llevados a servicios profesionales debido a problemas físicos o de conducta que, cuando se investigan más a fondo, resultan ser como consecuencia del abuso sexual. Los niños que han sido maltratados sexualmente presentan síntomas de infección, lesión genital, dolor abdominal, estreñimiento, infecciones crónicas o recurrentes de las vías urinarias o problemas de conducta. Para poder detectar el abuso sexual de menores, se requiere una gran suspicacia y estar familiarizado con los indicadores verbales, conductuales y físicos del abuso. Muchos niños revelan espontáneamente el abuso a las personas que los cuidan o a otras personas, aunque quizá también haya signos indirectos físicos o de conducta (Donoso y Garzón, 2019).

2.5.2 Violencia de pareja

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Esto contrasta sobremanera con la situación de los hombres, mucho más expuestos a sufrir agresiones de extraños o de conocidos que de personas de su círculo íntimo.

Este comportamiento incluye:

- Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear.
- Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes.
- Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual.
- Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

En Monterrey (México), el 52% de las mujeres agredidas físicamente también habían sido maltratadas sexualmente por su pareja.

Sobre la dinámica de la violencia en la pareja, parecería haber al menos dos modalidades:

- Modalidad grave (llamado maltrato físico) se caracteriza diversas formas de maltrato, amedrentamiento y amenazas, aunadas a una conducta posesiva y un comportamiento dominante por parte del agresor.
- Forma moderada de violencia (denominada violencia común de pareja) en las relaciones íntimas, en que la frustración y la ira continuas, ocasionalmente, estallan en forma de agresión física.

2.5.3 Violencia sexual

La violencia sexual se define como: todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (Donoso y Garzón, 2019).

La violencia sexual incluye la violación, definida como la penetración forzada físicamente o empleando otros medios de coacción, por más leves que sean, de la vulva o del ano, usando un pene, otras partes corporales o un objeto. El intento de realizar algunas de las acciones mencionadas se conoce como intento de violación (Donoso y Garzón, 2019).

La violación de una persona llevada a cabo por dos o más agresores se denomina violación múltiple. La violencia sexual puede incluir otras formas de agresión que afecten a un órgano sexual, con inclusión del contacto forzado entre la boca y el pene, la vulva o el ano.

2.5.3.1 Formas y contextos de la violencia sexual

Los actos de violencia sexual pueden ser muy variados y producirse en circunstancias y ámbitos muy distintos. Entre ellos, cabe señalar los siguientes:

- La violación en el matrimonio o en las citas amorosas.
- La violación por parte de desconocidos.
- La violación sistemática durante los conflictos armados.
- Las insinuaciones o el acoso no deseados de carácter sexual, con inclusión de la exigencia de mantener relaciones sexuales a cambio de favores.
- El abuso sexual de personas físicas o mentalmente discapacitadas.
- El abuso sexual de menores.
- El matrimonio o la cohabitación forzados, incluido el matrimonio de menores.
- La denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual.
- El aborto forzado.
- Los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluida la mutilación genital femenina y las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad.
- La prostitución forzada y la trata de personas con fines de explotación sexual.

2.5.4 Violencia sexual contra los hombres y los niños

La violencia sexual contra los hombres y los niños es un problema grave. Sin embargo, ha sido dejado de lado por las investigaciones, salvo en lo referente al abuso sexual infantil. La violación y otras formas de coacción sexual contra los hombres y los niños se producen en diversos ámbitos, entre ellos el hogar, el lugar de trabajo, las escuelas, la calle, las fuerzas armadas y durante las guerras, así como en las cárceles y en las comisarías.

En las cárceles, el coito forzado puede darse entre los presidiarios como forma de establecer jerarquías de respeto y disciplina. En muchos países, también se informa ampliamente sobre casos de violencia sexual cometida por funcionarios de los servicios penitenciarios, policías y soldados. Este tipo de violencia puede ejercerse obligando a los presidiarios a tener relaciones sexuales entre

sí, como una forma de “entretenimiento”, o a prestar servicios sexuales a los funcionarios o directores de la institución penitenciaria. En otros lugares, los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pueden ser violados como “castigo” por su comportamiento, pues se considera que transgreden las normas sociales.

Según Pereira (2018), en relación con las víctimas masculinas de abuso sexual, las investigaciones indican que es probable que estas víctimas tengan diversas consecuencias de orden psíquico, tanto inmediatamente después de la agresión, como a más largo plazo.

Estas consecuencias incluyen culpa, ira, ansiedad, depresión, estrés postraumático, disfunciones sexuales, afecciones somáticas, alteraciones del sueño, alejamiento de la pareja e intento de suicidio. Además de estas reacciones, en algunos estudios realizados con adolescentes varones, también se determinó que existía una relación entre haber sido víctima de una violación y el abuso de sustancias, las conductas violentas, el robo y el ausentismo escolar.

2.5.5 Violencia social y económica

El abuso económico es una estrategia para perpetuar la violencia contra las mujeres. El abuso económico ha sido definido como la utilización ilegal o no autorizado de los recursos económicos o de las propiedades de una persona, aunque reconocemos que pueden existir otras modalidades alrededor de esta definición, tal como se plantea más adelante (Pereira, 2018).

Según diversos estudios sobre la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Suramérica, se estableció claramente que la desigualdad económica entre hombres y mujeres dentro de sistemas sociales patriarcales agudiza las circunstancias para las sobrevivientes de violencia en la pareja.

Al observar la violencia en sus distintas manifestaciones, Silva (2019) indujo un análisis sobre género y violencia política en América Latina, y propuso añadir a dicho análisis la violencia económica y simbólica. Respecto de la violencia económica, se enfatizó en el control coercitivo, el cual se denominó como una característica esencial de este tipo de violencia económica y que podría percibirse para muchas como peor que la violencia física, exacerbando entonces un ambiente hostil para las mujeres (Pereira, 2018).

Son muchas las razones por las cuales las mujeres continúan siendo blanco de ataque dentro de las relaciones de pareja, y muchas las razones por las que, en ocasiones, se mantienen dichas agresiones en silencio. La inequidad y marginación a nivel social, cultural y político, dentro de los sistemas sociales hegemónicos patriarcales, provocan que la violencia de género en el contexto de las relaciones de pareja se normalice y perpetúe (Donoso y Garzón, 2019).

2.5.5.1 Ejemplos de violencia económica y/o patrimonial

Cuando el agresor impide que la víctima tenga un trabajo fuera de casa y, por tanto, hace que dependa económicamente del agresor, o bien, la víctima es obligada a dejar de trabajar, se establece un mecanismo de bloqueo económico haciendo que la víctima no tenga los recursos económicos necesarios como para abandonar la relación (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

Cuando la víctima no puede estudiar o tomar algún curso o capacitación, el agresor no le permite desarrollarse profesionalmente, por lo tanto, disminuye la probabilidad de conseguir un empleo con remuneración suficiente para salir de la relación actual.

El agresor se niega a cumplir económicamente con los gastos del hogar y los mismos terminan recayendo sobre la víctima o incluso el incumplimiento de la obligación de contribuir con la alimentación de los hijos o la falta de pago de la cuota de alimentos. Lo anterior no solo afecta al menor, sino también perjudica, con gravedad, a la denunciante, ya que debe proveerse y proveer al hijo en común de todo lo necesario para satisfacer sus necesidades (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

Cuando el agresor reclama constantemente a la víctima por la forma como ha gastado el dinero, la víctima no dispone del presupuesto con libertad; se siente constantemente presionada y vulnerada en su autoestima personal y, además, el agresor amenaza constantemente a la víctima con echarla de la casa sin ningún tipo de medio económico.

El agresor no deja participar a la víctima en las decisiones económicas del hogar, y si trabaja, debe aportar todo el dinero para que el agresor lo administre.

Quitarle el celular, romper, esconder, robar o vender sin su permiso sus objetos de valor (televisor, radio, celular, joyas, etc.), así como sus documentos personales (acta de nacimiento, documento de identidad, pasaporte, carné, tarjetas de crédito) (Donoso y Garzón, 2019).

Cuando el agresor destruye u oculta documentos de dominio o de identificación personal o bienes, diplomas, objetos personales, instrumentos de trabajo o libros que le sean indispensables para ejecutar sus actividades habituales. El agresor daña los bienes o pertenencias de su pareja, como ropa u objetos personales de valor, con el objetivo de humillarla o hacerla sentir mal (Donoso y Garzón, 2019).

Actos del agresor que obliguen a la víctima a suscribir documentos que afecten, limiten, restrinjan su patrimonio o lo pongan en riesgo, o bien, que lo eximan de responsabilidad económica, penal, civil o de cualquier otra naturaleza, por ejemplo, el documento de identidad o pasaporte.

El agresor extrae el dinero de la cuenta bancaria de su pareja sin su consentimiento o cuando el abusador induce a la víctima a abrir una cuenta conjunta donde se deposita el sueldo de ésta y luego retira todo el dinero que se va acreditando (Donoso y Garzón, 2019).

El agresor solicita créditos al banco a nombre de su pareja o le pide que tome préstamos a su nombre prometiendo que luego cumplirán con los pagos, los cuales luego no se cumplen, dañando el perfil crediticio de su pareja.

2.6 La religión y su asociación a la violencia

La religión y sus distintas prácticas han estado presentes en la historia latinoamericana desde la Colonia, siendo la iglesia católica la que tuvo una marcada influencia en el proceso de colonización española. Más adelante, otros cultos se fueron estableciendo poco a poco en el continente.

El acercamiento de la relación entre violencia de género y religión, en específico, la violencia que vive un grupo que tradicionalmente ha quedado fuera de la investigación sobre violencia en relaciones de pareja en Latinoamérica. Usualmente, ha sido dejado a un lado este tipo

de investigación para evitar sesgar las actividades que llevaban a cabo algunas culturas religiosas (Benavides, 2015).

La violencia sectaria es una violencia infiltrada en las diferentes ideologías dentro de una religión, o bien, entre grupos en una nación o comunidad. La segregación religiosa suele desempeñar un papel importante al provocar este tipo de violencia. No existe una regulación legal de los grupos sectarios. Se suele aplicar el delito de asociación ilícita por analogía, cuando se emplea violencia o control de la personalidad (Benavides, 2015).

La mayor de las interrogantes con respecto a la violencia ejercida por algunas sectas o religiones sobre la mujer es: ¿Son machistas las religiones? O bien, se cuestiona: ¿Son todas ellas discriminatorias hacia las mujeres? La mayoría de las religiones conocidas influyen, en una u otra forma, en la discriminación hacia la mujer. "Las religiones nunca contradicen a sus sociedades" (Benavides, 2015).

Por esta razón, es de vital importancia brindar información a nivel social para evitar o al menos brindar alternativas a las mujeres que sufren violencia al pertenecer a un grupo o a una entidad religiosa. Las religiones monoteístas, o religiones del libro -cristianismo, judaísmo o islamismo-, acaparan la mayor parte de las críticas por discriminación, pero graduar en escalas de desprecio el comportamiento de cada una de ellas con las mujeres es arriesgado. Por lo tanto, únicamente, se puede ofrecer ayuda cuando ya la víctima de violencia logre identificar el ciclo del mismo. (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

El árbol de la discriminación religiosa hacia las mujeres se rige por la costumbre generalmente aplicada, en especial, al derecho no escrito. Esto tiene mucho que ver con el control individual y sexual de la mujer. Dichas corrientes conservadoras y rigoristas han sido heredadas de generación en generación perpetuando el ciclo de violencia religioso donde se resguarda el machismo detrás de la figura masculina como aquella que indica que "es más agradable a Dios que la figura femenina, o bien, que el cuerpo femenino induce al pecado" (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

De acuerdo con el principio religioso donde el hombre debe ejercer una masculinidad, éste se muestra superior a la mujer desde todos los ámbitos posible, ya que le fue dado el puesto de

“cabeza del hogar”. Además, se plantea definir los términos correctos de masculinidad confundido con actitudes machistas y los términos de violencia masculina y hombres que ejercen violencia.

2.7 Masculinidad

Es un formato normativo de género a través del cual las sociedades reglamentan cómo deben ser los hombres para ser dignos de ese nombre. Contiene, en su estructura, una serie de creencias con una cara prescriptiva (lo que debe hacerse para ser hombre), y otra proscriptiva (lo que no puede hacerse para ser hombre) (Díaz, Arrieta y González, 2015).

2.8 Violencia y masculinidad

La violencia es un fenómeno distinto de la agresión, ya que debe señalarse la asimetría propia del acto violento, su carácter coercitivo y su remisión al concepto de poder. Su intención, más que dañar, es dominar, someter, doblegar, paralizar por medio del ejercicio de la fuerza, sea esta física, psicológica, económica, o sexual (Díaz, Arrieta y González, 2015).

Los conocimientos derivados de los estudios de género contribuyeron a visibilizar la asociación entre violencia y masculinidad, y a desmitificar las explicaciones de la violencia masculina en el ámbito doméstico como secundaria a trastornos psicopatológicos individuales, al uso de alcohol o drogas, o bien, a factores económicos y educacionales, aunque éstos puedan ser tenidos como factores de riesgo o disparadores socioculturales (Díaz, Arrieta y González, 2015).

Al respecto, se puede expresar que se ha demostrado que la violencia en los vínculos y su reproducción son el producto de la internalización de pautas de relación en una estructura jerárquica entre los géneros, modelo familiar y social propio del patriarcado que la acepta como procedimiento viable para resolver conflictos (Díaz, Arrieta y González, 2015).

2.8.1 Hombres que ejercen violencia

A diferencia del término “hombres violentos”, el cual etiqueta y cataloga el problema como una cuestión del “ser masculino”, de identidad y, por tanto, aparentemente ajeno a una responsabilidad propia, el término “hombres que ejercen violencia” supone una propuesta en la que

se incluye la violencia como un proceso aprendido, no de la identidad, sino del “hacer”, del comportamiento que como tal podría no ejercerse y que, además, supone responsabilidad y reaprendizaje (Díaz, Arrieta y González, 2015).

2.9 Factores desencadenantes de violencia

2.9.1 Alcoholismo crónico

Se ha asociado el cuadro de alcoholismo crónico con depresión en algunos pacientes y diferentes estudios han encontrado una asociación entre el consumo de alcohol y las agresiones sexuales. Estos trabajos implícitamente estudian las agresiones sexuales extrafamiliares, ya que evalúan las agresiones cometidas por desconocidos, amigos, o enamorados que ocurren en colegios, universidades o fiestas (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

Valle y Ortiz (2018) describen que una persona aumenta su vulnerabilidad a la agresión si consume alcohol y si hay un agresor en el escenario. El alcohol parece solo incrementar el riesgo, mientras que la presencia del agresor es el factor determinante para que se concrete la agresión. Estos dos factores también actúan en las agresiones intrafamiliares, pero de diferente forma. Aquí, el perpetrador tiene una proximidad total en tiempo y espacio con su víctima, por lo que no necesita de alguna sustancia que aumente la vulnerabilidad de ésta.

En general, distintos estudios señalan que el mayor consumo de alcohol o la ebriedad en los hombres se asocian con un mayor riesgo de que maltraten a sus parejas. Si bien existe evidencia a nivel poblacional de que el consumo excesivo de alcohol está relacionado con la violencia, ya sea en el caso de ser víctima o ser agresor, en el marco de la violencia de pareja (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

Además, se ha demostrado que el uso del alcohol hasta la embriaguez por parte de la pareja constituye un factor asociado estadísticamente con el hecho de sufrir violencia de pareja. Por otro lado, los hombres con el problema adicional de abuso de sustancias no promueven cambios en sus relaciones violentas hasta que no se soluciona el tema de las adicciones (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

2.9.2 Consumo prolongado de drogas ilícitas

El uso de drogas se define como aquella modalidad de consumo que no tiene consecuencias graves para la persona, ya sea porque la cantidad de droga es mínima o por realizarse con escasa frecuencia o bajo un estricto control médico. Todo uso de drogas no prescrito por un médico reviste más riesgo (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

Por otra parte, el abuso de droga se define como el consumo de cualquier tipo de droga que dañe o amenace con dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de un grupo social o de la sociedad en general. La persona que consume abusivamente se disfuncionaliza (no realiza las tareas que se propone en distintas áreas) en forma personal (física y psíquicamente), familiar, social (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

El consumo prolongado de drogas ilícitas como la cocaína y la marihuana producen un aumento en la liberación de neurotransmisores de tipo excitatorio que por mecanismos de homeostasis van a estimular el receptor presináptico y éste, a su vez, disminuye la síntesis de ellos a nivel del cuerpo de la neurona. Ello va a ocasionar una disminuida disponibilidad, ocasionando síntomas depresivos que son resistentes al tratamiento con antidepresivos ya que no tienen substrato sobre el cual actuar (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

El consumo de drogas (sustancias psicoactivas) genera en ocasiones comportamientos afines a la violencia. El consumo de sustancias psicoactivas es un detonante, ya que, cuando la persona consume, se pueden desinhibir y la violencia se exagera. Por esto, la relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y la violencia intrafamiliar, se debe a que ambos son problemas de salud pública dada la frecuencia con que ocurre y las repercusiones, mismas que inciden de manera negativa en la calidad de vida de las personas, por los efectos en la salud física y mental de quien la sufre (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

Además, “se identifica el rol de género en cada hogar, pues los miembros que bebieron en cada hogar representan el rol de proveedor cabeza de familia. Se considera también como un tipo de violencia verbal o violencia física como un acto de violencia doméstica durante el consumo activo de alcohol y sustancias de abuso” (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

2.9.3 Agresión

La conducta agresiva es un comportamiento básico y primario en la actividad de los seres vivos, el cual está presente en la totalidad del reino animal. Se trata de un fenómeno multidimensional (Valle y Ortiz, 2018), donde está implicado un gran número de factores, de carácter polimorfo, que puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: físico, emocional, cognitivo y social. Dichas características junto con la ausencia de una única definición de la agresión, consensuada y unánimemente establecida, como se expondrá a continuación, dificultan su investigación.

El concepto de agresión se ha empleado históricamente en contextos muy diferentes, aplicado tanto al comportamiento animal como al comportamiento humano infantil y adulto. Procede del latín “agredi”, una de cuyas acepciones, similar a la empleada en la actualidad, connota “ir contra alguien con la intención de producirle daño”, lo que hace referencia a un acto efectivo (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

1. Su carácter intencional, en busca de una meta concreta de muy diversa índole, en función de la cual se pueden clasificar los distintos tipos de agresión.
2. Las consecuencias aversivas o negativas que conlleva, sobre objetos u otras personas, incluido uno mismo.
3. Su variedad expresiva, pudiendo manifestarse de múltiples maneras, siendo las apuntadas con mayor frecuencia por los diferentes autores, las de índole física y verbal. También en función de su expresión se ha establecido una tipología de la agresión.

2.9.3.1 Agresión vs Agresividad

A diferencia de la agresión, que constituye un acto o forma de conducta “puntual”, reactiva y efectiva, frente a situaciones concretas, de manera más o menos adaptada, la agresividad consiste en una “disposición” o tendencia a comportarse agresivamente en las distintas situaciones a atacar, faltar el respeto, ofender o provocar a los demás, intencionalmente. Para algunos autores, la

agresividad se caracterizaría por su carácter último positivo, al estar implicada en la búsqueda de soluciones pacíficas a los conflictos, cualidad que la diferenciaría de otros constructos como el de violencia, de valencia negativa. (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279)

En segundo lugar, si los hombres presenciaron violencia cuando niños, la probabilidad de abusar de sus futuras esposas incrementa en un 34,8%. Los autores argumentan que este hallazgo pone de relieve la importancia de los efectos intergeneracionales de la violencia doméstica (Valle y Ortiz, 2018, p.234).

2.10 Secuelas que sufren las personas producto de la violencia

El antecedente de haber sido víctimas de la violencia pone a las mujeres en mayor riesgo de:

- Ansiedad.
- Depresión.
- Estrés.
- Síndrome de estrés postraumático
- Intentos de suicidio.
- Síndromes de dolor crónico.
- Trastornos psicósomáticos.
- Lesiones físicas.
- Trastornos del aparato digestivo
- Trastornos de conducta alimentaria
- Síndrome del colon irritable.
- Diversas consecuencias para la salud reproductiva.

2.10.1 Ansiedad

La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para el aprendizaje, estimula el desarrollo de la

personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades.

En su uso cotidiano, el término *ansiedad* puede significar un ánimo transitorio de tensión (sentimiento), un reflejo de la toma de conciencia de un peligro (miedo), un deseo intenso (anhelo), una respuesta fisiológica ante una demanda (estrés) y un estado de sufrimiento mórbido (trastorno de ansiedad).

En el campo de la psiquiatría, ha sido motivo de controversia y confusión los términos ansiedad y angustia, estrés y ansiedad, ansiedad y miedo y la utilización en psicopatología del vocablo ansiedad como sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.

Ansiedad y angustia, de acuerdo con las raíces lingüísticas y a su uso idiomático, tienen un mismo significado: ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa, estrechez del lugar o del tiempo" (Diccionario de la Real Academia).

Angustia viene de "anxius" y de "angor" y se relaciona con "opresión, ahogo, estrechez que se siente preferentemente en la región precordial o abdominal" (Vallejo). Actualmente y en específico, con la edición de las clasificaciones del CIE-10 y DSM-IV, ansiedad y angustia se consideran sinónimos.

Tomando en cuenta las anteriores consideraciones, algunos autores opinan que debe mantenerse la diferencia, dejando ansiedad vinculada a conflictos actuales (reacción de ansiedad) o pasados (neurosis de ansiedad) y angustia cuando es de origen endógeno, biológico o "vital".

En el pasado, los trastornos de ansiedad solían considerarse relacionados exclusivamente con conflictos intrapsíquicos. En la actualidad, se acepta que, en su origen, participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje. Muchos de los trastornos tienen su origen en anormalidades neuroquímicas influenciadas en forma genética; otras están asociadas a conflictos intrapsíquicos o se pueden explicar mejor por el efecto de estresores o conductas

aprendidas; sin embargo, es la combinación de estos factores lo que más cercanamente se encuentra en su etiología.

2.10.1.1 Factores biológicos de la ansiedad

Predisposición genética es “una vulnerabilidad biológica primaria condicionada genéticamente se ha encontrado en la mayoría de los trastornos de ansiedad, pero con mayor contundencia en el trastorno por pánico, trastorno obsesivo compulsivo y fobia social” (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

Los parientes en primer grado de los pacientes con trastorno por pánico tienen entre cuatro a siete veces más probabilidades de presentar el trastorno. La tasa de concordancia del trastorno obsesivo compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que los dicigotos. Los parientes de primer grado de pacientes con fobia social tienen más probabilidades de padecer el trastorno (DSM, IV).

2.10.1.2 Factores psicosociales

Los estándares psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicas y laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida, etc. se asocian en la producción de los trastornos de adaptación de tipo ansioso y de la ansiedad generalizada.

2.10.1.3 Factores traumáticos

Enfrentar acontecimientos traumáticos fuera del rango de la experiencia humana normal, como accidentes graves, desastres, asaltos, violaciones, torturas, secuestros, etc. suelen provocar

serios daños biológicos cerebrales asociados a síntomas graves de ansiedad, como es el caso del estrés agudo y del trastorno de estrés postraumático.

2.10.1.4 Factores psicodinámicos

La ansiedad se considera como la respuesta individual a un peligro que amenaza desde dentro en forma de un impulso instintivo prohibido que está a punto de escapar del control del individuo (Kaplan).

La ansiedad, como señal de alarma, provoca que el “yo” adopte medidas defensivas. Si las defensas tienen éxito, la ansiedad desaparece y, si no sale libremente o se contiene, según el tipo de defensa empleada, puede presentar síntomas conversivos, disociativos, fóbicos, y obsesivo compulsivos (Kaplan).

Se ha visto que los pacientes con trastornos de ansiedad, previo a la primera crisis, presentan conflictos por amenaza o pérdida de una relación afectiva y que a la vez se asocia al antecedente de separación de sus padres en la infancia (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

2.10.1.5 Factores cognitivos y conductuales

Se considera que patrones cognitivos distorsionados (sistema de pensamientos negativos) preceden a conductas desadaptadas y trastornos emocionales. La ansiedad se presenta por una sobrevaloración amenazante de los estímulos y una infravaloración de sus potenciales personales. Pacientes con sistemas cognitivos negativos desencadenan ataques de pánico interpretando una palpitación precordial como el aviso de estar a punto de morir de un infarto del miocardio.

De la misma forma:

Por estímulos externos y por mecanismos de condicionamiento y generalización, se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás. En un caso

concreto, tenemos a una niña que con frecuencia observa a su madre que experimenta miedo subirse al ascensor (a raíz de haberse quedado encerrada al faltar el fluido eléctrico) y prefiere utilizar las gradas, aprende a tener fobia a los ascensores (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

2.10.2 Depresión

La depresión representa un problema de salud pública debido a su alta prevalencia alrededor del mundo. La etiología de la depresión es compleja ya que en ella intervienen factores psicosociales, genéticos, y biológicos. Cada año, más personas alrededor de todo el mundo son diagnosticadas con depresión, dentro de las cuales, se encuentran muchos adolescentes y adultos jóvenes. El impacto de los factores psicosociales en la población adolescente y en los adultos jóvenes pueden exacerbar la intensidad de la enfermedad y aumentar exponencialmente las ideaciones suicidas, los intentos suicidas e incluso lograr el cometido con éxito.

La depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y éstos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias.

Según la quinta edición del “Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM-5), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales.

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin importar su edad o condición social y es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad. La influencia de la salud mental

en el bienestar físico también es importante, ya que cerca del 13% de las enfermedades están asociadas a trastornos de salud mental.

2.10.2.1 Causas de depresión

Las causas de la depresión se pueden agrupar, al igual que en otros trastornos mentales, en tres grandes categorías asociadas a la vulnerabilidad: biológicas, psicológicas y sociales. Según diversos estudios, se ha demostrado que casi un tercio de las mujeres agredidas físicamente son las más pobres y las que residen en la zona rural, dando a conocer que la violencia puede tener un detonante económico y posicional en muchos casos (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

a. Causas biológicas

Abarcan las alteraciones que se producen en el campo somático y son las siguientes:

b. Aspectos genéticos, orgánicos

Existen datos suficientes que avalan una participación genética en los trastornos afectivos. Los estudios realizados en gemelos sugieren un factor genético. La concordancia en gemelos monocigotos es del 65% frente a 14% en dicigotos. La morbilidad de parientes de primer grado de enfermos unipolares oscila entre el 10 y 15% y de bipolares del 12 al 24%.

El modo de transmisión es controvertido. Mientras unos autores se inclinan por un gen dominante de predominancia incompleta, otros abogan por un factor genético ligado al cromosoma X y aun otros defienden la teoría poligenética.

En las depresiones endógenas, se ha visto una mayor participación de los factores genéticos mientras que en la neurótica participan mayormente los factores ambientales. La causa, en ambos tipos de depresión, es substancialmente distinta, mientras los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas. La conflictiva psicológica es el núcleo etiológico de las depresiones psicógenas.

c. Trastornos en los neurotransmisores:

Para la mayoría de los psiquiatras biológicos, la depresión es un trastorno heterogéneo que tiene varios subtipos desde el punto de vista neurofisiológico. Las teorías monoaminérgicas establecen que, en la depresión, existe una deficiencia de neurotransmisores, mientras que, en la manía, existe un exceso de ellos (Díaz, Arrieta y González, 2015).

Salazar y Walton (2019) indican que los neurotransmisores son las sustancias que se encargan de pasar un estímulo nervioso de una neurona a la siguiente. Para ello, se requiere que exista un equilibrio dinámico entre ellos. Si los niveles de ellos se encuentran disminuidos, se puede presentar un cuadro depresivo. Si, al contrario, se encuentran aumentados, se puede dar un cuadro maniaco o una psicosis.

Por otra parte, debe tomarse en cuenta a los receptores de estos neurotransmisores. Si estos tienen un umbral elevado, pueden existir niveles normales de transmisores, pero no se producirá una respuesta satisfactoria y aparecerá la depresión. Por el contrario, si el umbral está disminuido, pueden aparecer estados de exaltación, ansiedad o hipomanía.

La posibilidad de identificar los diferentes subtipos tiene gran importancia en la elección del antidepresivo ya que cada vez se están sintetizando moléculas que tienen una mayor especificidad con menos efectos secundarios y para ello hay que hacer un proceso de selección que involucre ambos aspectos (Díaz, Arrieta y González, 2015).

d. Trastornos endocrinos

Según Salazar y Walton (2019), existe una clara evidencia de que el complejo hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se encuentra alterado en las depresiones endógenas, aunque en otros tipos de depresiones no es tan claro. Se encuentra hipersecreción de cortisol por las suprarrenales, de corticotropina (ACTH) por la hipófisis anterior y de factor liberador de la corticotropina (CRF) del hipotálamo.

Aunque el mecanismo de estas alteraciones no es bien comprendido, se ha especulado que puede deberse a un déficit funcional de norepinefrina en algunos pacientes deprimidos que hace

que se produzca menor cantidad de factores inhibitorios de la producción de hormonas hipotalámicas liberadoras.

Esto se ha visto fortalecido por medicamentos que tienen acciones específicas sobre los receptores y se han constituido en sondas neurobiológicas que han proporcionado considerable progreso en la comprensión de la fisiopatología de la función noradrenérgica. La clonidina, que es un agonista α_2 , ha demostrado que al estimular al receptor postsináptico produce una caída en el nivel plasmático de cortisol mayor en deprimidos que en normales, lo que indica que la función noradrenérgica está más inhibida en el deprimido (Díaz, Arrieta y González, 2015).

2.10.3 Estrés

En relación con el estrés, es necesario saber que “stress” es una palabra inglesa que significa carga y “strain” tensión o esfuerzo. Selye, por no tener un buen conocimiento del inglés, tomó equivocadamente la palabra “stress” en lugar de “strain” para designar la reacción fisiológica de un organismo ante cualquier demanda. Cuando quiso rectificar ya el vocablo “stress” se había impuesto y tuvo que acuñar el neologismo "stressor" para designar en el léxico médico el factor demanda o amenaza.

Selye definió el estrés como la respuesta del organismo a contrarrestar o prevenir las amenazas, es decir, a conseguir la homeostasis; mientras Lazarus, la consideró como factor de riesgo al conceptualizarla como “las exigencias impuestas a un individuo que agotan o rebasan la capacidad de adaptación” (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

En el estrés, es indispensable un estresor (demanda, amenaza) y en la ansiedad no. La ansiedad puede formar parte del estrés integrando la respuesta fisiológica de defensa ante una amenaza o como producto del análisis que hace una persona cuando no puede superar una demanda. El estrés no necesariamente se acompaña de ansiedad: por ejemplo, si alguien entra a una competencia de maratón, tendrá una gran demanda que provoca estrés, pero se acompañará de alegría, ansiedad o enojo de acuerdo con la expectativa de ganar o perder la competencia.

El manejo del estrés puede resultar complicado y confuso porque existen diferentes tipos de estrés: estrés agudo, estrés agudo episódico y estrés crónico. Cada uno cuenta con sus propias características, síntomas, duración y enfoques de tratamiento. Seguidamente, se analizará cada uno de ellos.

2.10.3.1 Estrés agudo

El estrés agudo:

Es la forma de estrés más común. Surge de las exigencias y presiones del pasado reciente y las exigencias y presiones anticipadas del futuro cercano. El estrés agudo es emocionante y fascinante en pequeñas dosis, pero cuando es demasiado resulta agotador. Una bajada rápida por una pendiente de esquí difícil, por ejemplo, es estimulante temprano por la mañana. La misma bajada al final del día resulta agotadora y desgastante. Esquiar más allá de sus límites puede derivar en caídas y fracturas de huesos. Del mismo modo, exagerar con el estrés a corto plazo puede derivar en agonía psicológica, dolores de cabeza tensionales, malestar estomacal y otros síntomas (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

Afortunadamente, la mayoría de las personas reconoce los síntomas de estrés agudo. Es una lista de lo que ha ido mal en sus vidas: el accidente automovilístico que abolló el parachoques, la pérdida de un contrato importante, un plazo de entrega que deben cumplir, los problemas ocasionales de su hijo en la escuela, y demás.

Dado que es a corto plazo, el estrés agudo no tiene tiempo suficiente para causar los daños importantes asociados con el estrés a largo plazo. Los síntomas más comunes son:

- Agonía emocional: una combinación de enojo o irritabilidad, ansiedad y depresión, las tres emociones del estrés.
- Problemas musculares que incluyen dolores de cabeza tensos, dolor de espalda, dolor en la mandíbula y las tensiones musculares que derivan en desgarro muscular y problemas en tendones y ligamentos.

- Problemas estomacales e intestinales como acidez, flatulencia, diarrea, estreñimiento y síndrome de intestino irritable.
- Sobreexcitación pasajera que deriva en elevación de la presión sanguínea, ritmo cardíaco acelerado, transpiración de las palmas de las manos, palpitaciones, mareos, migrañas, manos o pies fríos, dificultad para respirar, y dolor en el pecho.

El estrés agudo puede presentarse en la vida de cualquiera, y es muy tratable y manejable.

2.10.3.2 Estrés agudo episódico

Por otra parte, están aquellas personas que tienen estrés agudo con frecuencia, cuyas vidas son tan desordenadas que son estudios de caos y crisis. Siempre están apuradas, pero siempre llegan tarde. Si algo puede salir mal, les sale mal. Asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Parecen estar perpetuamente en las garras del estrés agudo.

Es común que las personas con reacciones de estrés agudo estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Suelen describirse como personas con "muchísima energía nerviosa". Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y, a veces, su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.

La personalidad "Tipo A" propensa a los problemas cardíacos descrita por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman, es similar a un caso extremo de estrés agudo episódico. Las personas con personalidad Tipo A tienen un "impulso de competencia excesivo, agresividad, impaciencia y un sentido agobiador de la urgencia". Además, existe una forma de hostilidad sin razón aparente, pero bien racionalizada, y casi siempre una inseguridad profundamente arraigada. Dichas características de personalidad parecerían crear episodios frecuentes de estrés agudo para las personalidades Tipo A. Friedman y Rosenman descubrieron que es más probable que las personalidades Tipo A desarrollen enfermedades coronarias que las personalidades Tipo B, que muestran un patrón de conducta opuesto.

Otra forma de estrés agudo episódico surge de la preocupación incesante. Los "doña o don angustias" ven el desastre a la vuelta de la esquina y prevén con pesimismo una catástrofe en cada situación. El mundo es un lugar peligroso, poco gratificante y punitivo en donde lo peor siempre está por suceder. Los que ven todo mal también tienden a agitarse demasiado y a estar tensos, pero están más ansiosos y deprimidos que enojados y hostiles.

Los síntomas del estrés agudo episódico son los síntomas de una sobre agitación prolongada: dolores de cabeza tensos y persistentes, migrañas, hipertensión, dolor en el pecho y enfermedad cardíaca. Tratar el estrés agudo episódico requiere la intervención en varios niveles, que por lo general requiere ayuda profesional, la cual puede tomar varios meses.

A menudo, el estilo de vida y los rasgos de personalidad están tan arraigados y son habituales en estas personas que no ven nada malo en la forma cómo conducen sus vidas. Culpan a otras personas y hechos externos de sus males. Con frecuencia, ven su estilo de vida, sus patrones de interacción con los demás y sus formas de percibir el mundo como parte integral de lo que son y lo que hacen.

Estas personas pueden ser sumamente resistentes al cambio. Solo la promesa de alivio del dolor y malestar de sus síntomas puede mantenerlas en tratamiento y encaminadas en su programa de recuperación.

2.10.3.3 Estrés crónico

Si bien el estrés agudo puede ser emocionante y fascinante, el estrés crónico no lo es. Éste es el estrés agotador que desgasta a las personas día tras día, año tras año. El estrés crónico destruye al cuerpo, la mente y la vida. Hace estragos mediante el desgaste a largo plazo. Es el estrés de la pobreza, las familias disfuncionales, de verse atrapados en un matrimonio infeliz o en un empleo o carrera que se detesta. Es el estrés que los eternos conflictos han provocado en los habitantes de Irlanda del Norte, las tensiones del Medio Oriente que afectan a árabes y judíos, y las rivalidades étnicas interminables que afectaron a Europa Oriental y la ex Unión Soviética.

El estrés crónico surge cuando una persona nunca ve una salida a una situación deprimente. Es el estrés de las exigencias y presiones implacables durante períodos aparentemente

interminables. Sin esperanzas, la persona abandona la búsqueda de soluciones. “Algunos tipos de estrés crónico provienen de experiencias traumáticas de la niñez que se interiorizaron y se mantienen dolorosas y presentes constantemente. Algunas experiencias afectan profundamente la personalidad” (Vásquez y Barquero, 2015, p.564).

Se genera una visión del mundo, o un sistema de creencias, que provoca un estrés interminable para la persona (por ejemplo, el mundo es un lugar amenazante, las personas descubrirán que finge lo que no es, debe ser perfecto todo el tiempo). Cuando la personalidad o las convicciones y creencias profundamente arraigadas deben reformularse, la recuperación exige el autoexamen activo, a menudo con ayuda de un profesional.

El peor aspecto del estrés crónico es que las personas se acostumbran a él, se olvidan de que está allí. Las personas toman conciencia de inmediato del estrés agudo porque es nuevo; ignoran al estrés crónico porque es algo viejo, familiar y a veces hasta casi resulta cómodo.

Por otra parte, es necesario considerar que:

El estrés crónico mata a través del suicidio, la violencia, el ataque al corazón, la apoplejía e incluso el cáncer. Las personas se desgastan hasta llegar a una crisis nerviosa final y fatal. Debido a que los recursos físicos y mentales se ven consumidos por el desgaste a largo plazo, los síntomas de estrés crónico son difíciles de tratar y pueden requerir tratamiento médico y de conducta y manejo del estrés (Quispe, Curro, Córdova, 2019, p.279).

2.10.4 Trastorno de estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático “es una enfermedad de salud mental desencadenada por una situación aterradora, ya sea que la hayas experimentado o presenciado. Los síntomas pueden incluir reviviscencias, pesadillas y angustia grave, así como pensamientos incontrolables sobre la situación” (Quispe, Curro, Córdova, 2019, p.279).

Muchas personas que pasan por situaciones traumáticas quizás tengan dificultad temporaria para adaptarse y afrontarlas, pero con el tiempo y el autocuidado generalmente mejoran. Si los síntomas empeoran, duran meses e incluso años, e interfieren con tus actividades diarias, es posible que tengas trastorno de estrés postraumático.

Obtener un tratamiento efectivo después de que se manifiesten los síntomas de trastorno de estrés postraumático puede ser esencial para reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento.

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático por lo general se agrupan en cuatro tipos: “recuerdos intrusivos, evasión, cambios en el pensamiento y en los estados de ánimo, y cambios en las reacciones físicas y emocionales. Los síntomas pueden variar con el paso del tiempo o según la persona” (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.280).

Según el dsm-V, para considerarse el diagnóstico del TEPT, la persona debe tener uno más de los siguientes síntomas:

- Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea la experiencia directa del suceso, la presencia de esta en otros o que hayan sucedido a familiares o amigos cercanos.
- Presencia de al menos uno de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos traumáticos, que comienza después del suceso, como recuerdos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso, sueños angustiosos relacionados con el suceso, reacciones disociativas (desrealización o despersonalización), malestar psicológico/fisiológico intenso y/o prolongado al exponerse a factores internos o externos que recuerden al suceso traumático.
- Evitación persistente de estímulos asociados al suceso, huyendo de los propios recuerdos del evento o a las personas u objetos que puedan despertar recuerdos asociados a éste.

- Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al maltrato, que comienzan o empeoran después de este, tales como la incapacidad de recordar un aspecto importante del momento (amnesia disociativa), creencias negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo, percepción distorsionada persistente de la causa o consecuencias del suceso que hace que la persona que lo haya sufrido se culpe a uno mismo o a los demás, estado emocionalmente negativo, disminución del interés en las actividades significativas para esa persona, sentimiento de desapego de los demás e incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

- Alteración importante de alerta y reactividad asociada al suceso que comienza o empeora después de este, se pone en manifiesto por el comportamiento irritable y arrebatos de furia sin provocación previa, comportamiento imprudente o autodestructivo, hipervigilancia, repuesta de sobresalto exagerada, problemas de concentración o alteraciones del sueño.

2.10.5 Intentos de suicidio

El suicidio se define como el acto por el cual un individuo decide poner fin a su vida de forma intencional. Muchas pueden ser las causas que motiven tal acción, sin embargo, las más comunes pueden ser: “desesperación (impulsada por el padecimiento de alguna enfermedad física grave), trastornos mentales (depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etc.); alcoholismo o el abuso en el consumo de ciertas sustancias” (Quispe, Curro y Córdova, 2019, p.279).

La conducta suicida incluye:

- Suicidio consumado: acto autolesivo intencionado con resultado de muerte.
- Intento de suicidio: acto autolesivo con intención de provocar la muerte, pero que finalmente no resulta mortal. Un intento de suicidio puede dar lugar a lesiones, pero no necesariamente.
- Ideación suicida: pensamientos, planes y actos preparatorios relacionados con el suicidio.

La autoagresión no suicida es un acto autolesivo sin intención de provocar la muerte. Entre estos actos, se incluyen: infligirse rasguños o cortes en los brazos, quemarse a uno mismo con un cigarrillo e ingerir una sobredosis de vitaminas. La autolesión no suicida puede ser una forma de reducir la tensión porque el dolor físico puede aliviar el dolor psicológico. También puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir. Estos actos no deben descartarse a la ligera porque las personas con antecedentes de autolesión no suicida presentan un mayor riesgo de suicidio a largo plazo.

La información relativa a la tasa de suicidios proviene fundamentalmente de los certificados de defunción y de los informes procedentes de las investigaciones judiciales, y es probable que el verdadero índice esté subestimado. Aun así, se debe tomar en cuenta que:

La conducta suicida es un problema de salud muy frecuente. La conducta suicida ocurre en hombres y mujeres de todas las edades, etnias, credos, ingresos, niveles educativos y orientaciones sexuales. No existe un perfil característico del suicida, aunque algunos grupos de personas, como los varones de mediana edad y los ancianos, los jóvenes indios americanos y las personas LGBTQ (no se trata de una lista completa), presentan un mayor riesgo de suicidio que otros (Quispe, Curro, Córdova, 2019, p.279).

2.10.6 Trastornos psicosomáticos

Los trastornos psicosomáticos se definen como una condición en la cual los síntomas físicos se ven agravados por factores mentales. Ciertas condiciones físicas pueden verse agravadas por factores mentales, como el estrés y la ansiedad. El estado mental de una persona puede hacer que la condición física mejore o se deteriore en un momento dado. Diversas enfermedades y afecciones pueden verse influidas por el estado mental del paciente; sin embargo, algunas condiciones son más sensibles que otras al estado mental de una persona (Barrera, 2015).

Los trastornos psicosomáticos generalmente se dividen en tres categorías diferentes.

- Pacientes que sufren de una condición física y una condición mental. Las condiciones pueden no estar relacionadas, pero el tratamiento para cada condición se complica por la presencia de la otra.
- Pacientes con una condición física que causa depresión o ansiedad. Un ejemplo de esto podría ser un paciente con una afección a largo plazo, como un tumor, que se siente deprimido debido al pronóstico.
- Pacientes con trastornos somatomorfos, en los que los síntomas físicos son causados por una enfermedad mental. Existen diferentes tipos de trastornos somatomorfos, incluida la hipocondría, en los que un pequeño síntoma se magnifica en la mente de la persona, lo que genera la preocupación de verse afectado por una afección aún más grave.

2.10.7 Lesiones físicas

Violencia física es toda acción que implique el uso de la fuerza contra otra persona; es aquella perfectamente visible, habitualmente, deja huellas externas en el cuerpo de quien la padece. Por tanto, facilita que la víctima pueda tomar consciencia de la situación que confronta y ponga en marcha los correctivos necesarios para el cese de la misma (Barrera, 2015).

La violencia física es una invasión del espacio físico de la otra persona y puede hacerse de dos maneras: una es el contacto directo con el cuerpo de la otra persona mediante golpes, empujones y jalones; la otra manera es limitar sus movimientos encerrándola, provocándole lesiones con armas de fuego, forzándola a tener relaciones sexuales y produciéndole la muerte; de esta manera, la violencia física tiene un impacto directo en el cuerpo de la víctima, aunque el espacio emocional es el que más sufre, a excepción lógicamente de que la agresión produzca la muerte (Barrera, 2015).

Es una de las consecuencias más visibles. Se observan, claramente, las contusiones, heridas de varios tipos; estas lesiones derivadas de la violencia física pueden ser: leves, como consecuencias en alguna parte del cuerpo, o pueden ser tan graves, como en muchos casos producir la muerte de la víctima.

Lesiones por consecuencia de la violencia física:

- Lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo: hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes.
- Lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad, por ejemplo: lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen.
- Afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico.
- Muerte, por ejemplo, por feminicidio o en relación con enfermedades de transmisión sexual.

2.10.8 Trastornos de conducta alimentaria

Los trastornos de conducta alimentaria constituyen un grupo importante de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso corporal. Esta alteración ocasiona problemas físicos y del funcionamiento psicosocial (Barrera, 2015).

Los factores desencadenantes de los trastornos de la conducta alimentaria son los cambios corporales, enfermedad adelgazante, traumatismo desfigurador, ruptura conyugal de los padres, contactos sexuales inapropiados, aumento rápido de peso, críticas sobre el cuerpo, aumento de la actividad física e inicio de dieta., violencia doméstica también cabe resaltar factores perpetuadores de estas conductas como lo son consecuencias físicas y psíquicas de inanición, cogniciones anoréxicas, interacción familiar y aislamiento social (Barrera, 2015).

2.10.9 Trastornos del aparato digestivo

Los trastornos del aparato digestivo se pueden presentar cuando el estrés se hace crónico no se maneja de manera adecuada. El estrés crónico puede afectar también al aparato digestivo y al funcionamiento del intestino. Dentro de las alteraciones más frecuente, se destacan:

- Alteraciones en la motilidad intestinal.

- Cambios en las secreciones digestivas.
- Nuestra mucosa gastrointestinal pierde capacidad de regeneración.
- Disminuye flujo sanguíneo en la mucosa.
- Desequilibrio de la flora intestinal que dará lugar a problemas de mal absorción de nutrientes, alergias, intolerancias

Los episodios de estrés liberan hormonas en el organismo como las catecolaminas o el cortisol en una reacción de defensa; en esa situación, contribuye a que el cuerpo se centre en la amenaza. En ese caso, el organismo continúa en un estado de semiemergencia permanente que tiene consecuencias en el intestino: alteración de la microbiota, disfunción de la barrera intestinal, menor recuperación de la mucosa digestiva, disminución de las secreciones gástricas y de los movimientos peristálticos.

2.10.10 Diversas consecuencias para la salud reproductiva

La falta de autonomía y empoderamiento respecto a los derechos sexuales y reproductivos se torna compleja cuando se sabe que la feminización y ruralización de la epidemia de VIH se está generando precisamente en la población que participa en procesos de movilización transnacional y en datos de violencia intrafamiliar, perpetuado por cultura altamente machista (González, Martínez, Fernández y Montero, 2019).

En el contexto antes señalado, el objetivo de la presente investigación es comprender la dinámica que caracteriza la vida sexual a partir de las percepciones de un grupo de mujeres históricamente vulnerado. Ello se realiza con la intención de generar evidencia que impulse políticas públicas en salud sensibles a los contextos patriarcales y para fortalecer políticas intersectoriales que impulsen las condiciones necesarias para garantizar a las mujeres una vida libre de cualquier tipo de violencia (González, et al., 2019).

Se han documentado casos de manipulación para embarazo, abortos forzados, lesiones incompatibles con la vida de la persona gestante con el fin de no llevar a término el embarazo,

violencia durante el parto y puerperio y además la manipulación utilizando a los hijos como instrumento para perpetuar la violencia intrafamiliar (González, et al., 2019).

Diversos estudios han documentado la alta incidencia de abusos y violación sexual que viven las mujeres durante su tránsito hacia Estados Unidos desde un contexto migratorio, poco menos se ha hablado de aquellas que no migran con sus parejas, pero esperan su retorno bajo el resguardo de sus familias consanguíneas, políticas y comunidades completas, actores que en la búsqueda de su "correcto comportamiento sexual" realizan todo tipo de agresiones sobre sus derechos sexuales y reproductivos (González, et al., 2019).

2.11 Normalización de la violencia

Discutir sobre la naturalización y normalización de la violencia de género contra las mujeres obliga a referirse a conceptualizaciones de ésta que van más allá de la violencia directa y visible de carácter relacional y que, claramente, se materializa en actos físicos y psicológicos delimitados en el tiempo y el espacio. Es decir, ver más allá de la punta del iceberg y ocuparse de los actos invisibles que se expresan a través de la subordinación a patrones culturales y económicos impuestos por grupos de poder y hegemónicos con efectos incluso más graves que los que ocasiona la violencia física (Rueda, 2018).

En diversas familias, la primera agresión recibida proviene de los propios progenitores, en la que, tanto víctimas, como victimarios aceptan como parte del proceso de educación y formación de los niños. Así, los menores son amonestados cuando se desvían de los modelos de conducta que se esperan de ellos o por errores que puedan exhibir. A esta distorsionada forma de crianza basada en el castigo físico, se suma la amonestación verbal, las muecas de desaprobación, las burlas o los gritos o incluso el silencio como forma de castigo (Rueda, 2018).

No sería de extrañar que las mujeres que crecieron en entornos familiares donde la violencia se aceptaba como una parte necesaria de su proceso de formación como personas, ya en su vida adulta admitan y consientan un trato similar por parte de su pareja, a quien pueden ver incluso como continuador de la labor de los padres.

Desde un punto de vista intrafamiliar, los niños, niñas y adolescentes tienen poco margen para responder o cuestionar la violencia que experimentan, aunque los datos sugieren que los adolescentes rechazan esos actos con mayor contundencia que los niños y niñas.

Frases repetitivas como “Te pego, pero no te hago daño” perpetúan el ciclo y la normalización de la violencia. Padres e hijos comparten la percepción de que la violencia que se ejerce hacia ellos dentro del hogar no supone daño o maltrato. Las normas sociales otorgan a los padres o personas con autoridad la posibilidad de recurrir a formas de castigo o agresión que traen consecuencias negativas a los niños, niñas y adolescentes (Rueda, 2018).

2.12 Impunidad de la violencia y femicidios

La cantidad de delitos denunciados nunca corresponde a la suma de delitos cometidos. La proporción entre una y otra presenta variaciones sumamente pronunciadas de país a país. El número de delitos no registrados oficialmente, porque no se denuncian o porque no son objeto de averiguaciones previas los cuales constituyen la denominada cifra negra de la criminalidad, en ocasiones llega a ser mayor que la totalidad de los delitos registrados (Silva y Luján, 2019).

La denuncia de los delitos no garantiza que se investiguen de forma apropiada y se alcance el derecho a la justicia pronta y expedita para las víctimas y sus familias. En muchos casos de asesinatos de mujeres, la negligencia al momento de aplicar las leyes o de clasificar el feminicidio causa que las familias luchen por la justicia por años o décadas, según explican especialistas (Silva y Luján, 2019).

El afrontar la impunidad como un eje central de este delito, pues este grave problema ha persistido por décadas en todo Latinoamérica “por una evidente falta de transparencia y de profesionalismo gubernamental y judicial”. Aunque exista la mejor legislación internacional para sancionar el feminicidio, no sirve de mucho si las y los operadores del sistema de justicia de cada país no la aplican, ya sea por falta de perspectiva de género, estigma, prejuicios o por falta de

debida diligencia, que son elementos frecuentes en la investigación de delitos de violencia contra mujeres (Silva y Luján, 2019).

2.13 Abordaje del agresor

En primera instancia, es importante la identificación del agresor para alejarlo de la persona víctima, se han recomendado medidas cautelares, pérdida de tula en el caso de hijos o cuidado de adultos mayores e incluso repercusiones con la libertad (encarcelamiento) en aquellos casos donde se evidencia violencia y se incurra en una falta legal (Pereira, 2018).

En relación con los maltratadores graves, éstos tienden a presentar características de personalidad donde se manifiestan muy celosos o posesivos, o bien, crean un escenario mental, donde pueden llegar a sentirse humillados por la ruptura de la pareja, lo que redundando directamente en un descenso de su autoestima, y a consumir en excesivamente alcohol o drogas. Asimismo, tienden a comportarse de forma desafiante y con crueldad, sin temor a las consecuencias punitivas de su conducta, y a atribuir sus propios males y la responsabilidad del maltrato a la víctima (Pereira, 2018).

Esto podría, en ocasiones, relacionarse con trastornos de personalidad, donde se pueden destacar aspectos como trastorno de personalidad límite, sociópata, histrionismo, psicopatía, narcisismo, estrés postrauma, o bien, continuación de patrones violentos por enseñanzas socioculturales.

Por lo tanto, si el agresor solicita ser evaluado o bien diagnosticado, de igual forma se debe someter a una estrategia multidisciplinaria donde se realicen distintos estudios, físico y psicológicos para determinar las condición corporal y mental del paciente. Por ejemplo, se deben realizar análisis de drogas, para descartar uso y abuso de sustancias, descartar enfermedades neurodegenerativas que hayan afectado el lóbulo frontal y por ende afecte su comportamiento (Pereira, 2018).

Es necesario descartar, por ejemplo, el síndrome de Tourette, el cual es una afección del sistema nervioso (el cerebro y los nervios) que hace que las personas produzcan movimientos y

sonidos repetidos (también conocidos como tics motores y vocales), que no pueden controlar y en ocasiones pueden emplear el uso de vocabulario soez, o bien algún tipo de retraso mental los cuales en ocasiones pueden cursar con este tipo de comportamiento agresivo (Pereira, 2018).

Asimismo, se debe descartar el ofrecer métodos de rehabilitación, tanto para aquellos que tenían consumo de alcohol y sustancias ilícitas, como para aquellos que crecieron en entornos agresivos y conflictivos y muestran la tendencia de repetir patrones de violencia aprendidos, pues se ha demostrado que si únicamente cumplen con la medida cautelar por violencia, pero no son conscientes de la situación las probabilidades de volver a incurrir en agresión con su nueva pareja son excesivamente altas.

En relación con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), esta declaración proclama la “igualdad de derechos de hombres y mujeres”. Además, recoge el principio de no discriminación: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados por esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de enfoque

Para el presente trabajo de investigación, se realiza una revisión bibliográfica acerca de las secuelas médicas de la violencia intrafamiliar. La revisión bibliográfica se basa en el método cualitativo de acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), dado que se busca analizar, identificar, determinar con el fin de obtener información tanto nacional como internacional que logre sustentar la justificación de esta investigación.

3.2 Objetivos con un enfoque cualitativo

3.2.1 Objetivo general

- Realizar una revisión bibliográfica para la evaluación de las secuelas más importantes en el campo médico para las poblaciones expuestas en la violencia intrafamiliar en adultos jóvenes, en Suramérica entre los años 2015 y 2020.

3.2.2 Objetivos específicos

- Describir los distintos tipos y categorías que comprenden la violencia intrafamiliar.
- Identificar las principales secuelas médicas posterior a la violencia intrafamiliar en Suramérica entre los años 2015 al 2020.
- Categorizar los tipos de violencia asociados a la población de adultos jóvenes en Suramérica entre los años 2015 y 2020.
- Actualizar a los funcionarios en los servicios de atención primaria de salud para poder reconocer los patrones de violencia, las víctimas y agresores y las secuelas presentes en ellos.

3.3 Elaboración de las fuentes de información

La siguiente revisión bibliográfica se ha basado en un estudio sobre veinticinco trabajos, de los cuales se utilizaron veintidós artículos internaciones. Los cuales son artículos científicos. Los años de publicación comprenden entre los años 2013 y el 2020.

3.3.1 Fuentes de información

En la siguiente tabla, se especifica la información de los artículos utilizados en la investigación.

Tabla 1. Fuentes de información de los artículos

No.	Documento de consulta	Título	Autor(es)	Año de publicación	Datos para realizar la referencia	Relación con el tema de investigación	País de origen de la publicación
	Revista Brasileira de Enfermagem	Prevalence and factors associated with experience of intrafamiliar violence by teenagers in school	Santos, R., Pereira, N., Matheus, F., Almeida, M., Damasceno, J., Moura, L. & Cordélia, K.	2018	Estimar la prevalencia de vivencia de violencia intrafamiliar y su asociación con las variables sociodemográficas, sexuales y el uso de alcohol/drogas en adolescentes de una escuela	Prevalencia de violencia intrafamiliar entre adolescentes	Brasil

					pública en Salvador, Bahía, Brasil.		
	Rev. Saude Publica	Agresión sexual intrafamiliar y Extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol	Valle, R., Ortiz, B. y Gálvez, A.	2018	Ejemplificación de agresiones y violencia	Agresión sexual intrafamiliar y Extrafamiliar	Perú
	Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas	La violencia intrafamiliar como fuente de daño resarcible en Colombia	Rueda, N.	2018	Análisis crítico sobre la posibilidad de indemnizar los daños intrafamiliares en Colombia cuando éstos deriven de conductas de violencia o abuso.	Daños post-violencia intrafamiliar	Colombia
	Revista Cubana de Salud Pública	Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú.	Quispe, M.P., Curro, O.M., Córdova, M., Pastor,	2018	Determinar la incidencia de violencia extrema contra la mujer y feminicidio, así como algunos	Factores de riesgo en la incidencia de violencia.	Perú

			N., Puza, G., & Oyola, A.E.		factores riesgo en el Perú.		
	Ministerio de Salud	La violencia social en Costa Rica	Rojas, M., Jiménez, S., y Cruz, M.	2004	Profundización en el conocimiento y el análisis de los factores explicativos que inciden en la violencia social costarricense.	Conceptos de violencia	Costa Rica
	Rev. Arch. Méd. Camagüey.	Violencia doméstica en niños y adolescentes de la Comuna Tala Hady	González, R.I., Martínez, A., Fernández, A., Montero, L. y Montero, D.	2019	Diversos tipos de violencia doméstica en la población infantil estudiada, con marcada presencia de daños físicos y psicológicos	Tipos de violencia y las secuelas Ocasio- nadas en víctimas.	Cuba
	Revista Psicología & Sociedade.	Violencia doméstica o violencia intrafami- liar: Análisis de los	Orchiucci, P., Dos Santos, A.C., Peronico, M.M., Lemos, M	2018	Identificar, analizar y comprender el uso de los términos VD y VI en artículos académicos en el	Definición y diferen- ciación de los conceptos de violencia.	Brasil

		términos.	& Nobre, J.		área de la psicología.		
	The European Journal of Phychology Applied to Legal Context	Modelos multivaria- ble de violencia filio- parental hacia la madre y hacia el padre entre adolescentes .	Del Hoyo, J., Orue, I., Gámez, M., & Calvete, E.	2020	Abordar de qué modo podría explicar la violencia filio- parental (VFP) hacia la madre y hacia el padre, y los múltiples factores de riesgo relacionados previamente y derivados de niveles ecológicos en su conjunto.	Compor- tamientos entre los padres y las repercu- siones en los hijos.	España
	Revista Gaúcha de Enfermagem	Representa- ciones sociales de usuarios de Atención Primaria de Salud sobre violencia: un estudio de género.	Rocha, V.L., Silva, C.D., Acosta, D.F., Mota, M.S., Costa, F.S. y Vallejos, C.C.	2020	Analizar la estructura y el contenido de las representaciones sociales de las personas que utilizan la Atención Primaria de Salud sobre la violencia.	Represen- tación social de la violencia, se hace posible reflexionar sobre el tema en el escenario de atención primaria	Brasil

						de salud, contribuyendo al desarrollo de estrategias y acciones específicas.	
	Salud Uninorte	Indicadores de riesgo y comunicación en salud mental sobre consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar en líderes comunitarias.	Ferrel, F.R., Ferrel, L.F., Oblitas, L. & Yáñez, H.	2017	Describir el nivel de comunicación ofrecido a la comunidad en el marco de la red de salud mental distrital, tomando como referente el riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas y de violencia intrafamiliar de un grupo de líderes comunitarias.	Factores de riesgo e indicadores de salud mental, relacionados con la violencia intrafamiliar.	Colombia
	Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología	Prevalencia de antecedentes sexuales	Leal, C., Soto, A., Papazo-	2018	Describir prevalencia de antecedentes de comportamientos	Violencia posterior a conductas sexuales	Chile

		de riesgo en mujeres privadas de libertad. Análisis exploratorio de factores asociados a comportamientos de alto riesgo.	glou, E. y Muñoz, M.		sexuales de riesgo en reclusas.	inapropiadas.	
	Acta Colombiana de Psicología	Análisis ecológico de la violencia sexual de pareja en mujeres peruanas.	Enríquez, Y., Ortiz, Y.J., Ortiz, K.J. y Díaz, G.M.	2020	La violencia sexual de pareja se explica por la interacción de múltiples factores que coexisten en diversos niveles.	Los factores de riesgo que desarrollan una violencia sexual.	Perú
	Anales de Psicología	Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios	Puente, A., Ubillos, S., Echeburúa, E. y Páez, D.	2016	Metaanálisis sobre factores de riesgo de la violencia de género.	Factores de riesgo de la violencia de género.	España

		recientes.					
	Psicothema	Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas.	Vázquez, F., Torres, A., Otero, P., Blanco, V. y López, M.	2010	Determinación de la prevalencia y de los factores de riesgo asociados a la violencia contra la mujer.	Factores de riesgo de la violencia contra la mujer.	España
	Perfil de Coyuntura Económica	Las causas de violencia intrafamiliar en Medellín.	Barrientos, J., Molina, C. y Salinas, D.	2013	Determinantes socioeconómicos de la violencia en el hogar.	Factores como el consumo de alcohol o el ocio incrementan la probabilidad de eventos de violencia intrafamiliar.	Colombia
	Tesis psicológica Fundación Universitaria	Factores de riesgo psicosocial asociados a la violencia	Benavides, J.	2015	Factores de riesgo psicosocial asociados a la violencia.	Factores de riesgo psicosocial asociados a la	Colombia

	Los Libertadores, Colombia	intrafamiliar en trabajadores de una empresa cementera.				violencia.	
	Revista Clínica de Medicina de Familia	Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodes- cendientes de la ciudad de Cartagena.	Díaz, S., Arrieta, K. y González, F.	2015	Estimar la asociación entre violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena.	La violencia asociada a la falta de oportuni- dades de recreación y consumo de alcohol de la pareja.	Colombia
	Revista Cubana de Salud Pública	Factores asociados a la violencia familiar en estudiantes universita- rios de Ciencias de la Salud.	Solano, C.G., Chauca, C.L., González, N.O. y Hernán- dez, E.M.	2019	La violencia familiar es un problema social que afecta a un alto porcentaje de familias de cualquier comunidad en todos los niveles económicos y culturales.	Los factores asociados a la violencia familiar en estudiantes de ciencias de la salud	Perú

	Revista de Saúde Pública	Agresión sexual intrafamiliar y extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol.	Valle, R., Bernabé, A., Gálvez, J.A., Gutiérrez, C. y Martins. S.S.	2018	Analizar la prevalencia de las agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares en adolescentes del Perú y su asociación con el consumo de alcohol.	Victimización de las personas a consecuencia del consumo de alcohol.	Perú
	Poder Judicial, Departamento de Trabajo Social y Psicología.	La evaluación del riesgo en situaciones de violencia contra las mujeres en la relación de pareja.	González, R., Gutiérrez, A., Villalta, A., Gamboa, J., Fernández, A., y Jiménez, G.		Recopilación de datos para la evaluación de los riesgos en situaciones de violencia contra las mujeres en la relación de pareja en Costa Rica.	Los riesgos de la violencia contra la mujer	Costa Rica
	Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica, N° 123	Salud, mujeres y violencia doméstica	Pereira, S.	2018	Violencia doméstica	Abordaje de la salud mental en casos de violencia	Costa Rica

						doméstica.	
	Revista CES Medicina	Fatores asociados a la violencia en Itagüí (Colombia) en 2012	Torres, Y., Salas, C., Sierra, G.M. y Agudelo, A.	2014	La violencia dificulta las posibilidades de desarrollo social, al considerarse como factor predictivo de una violencia mayor en el futuro.	Promoción del buen trato y la prevención de la violencia.	Colombia
	Anuario del Centro de Investigación y Estudios Políticos.	Violencia contra las mujeres y femicidio	Piedra, M.	2020	Visibilización de la violencia contra las mujeres y el femicidio como resultado de las desigualdades de poder generadas y legitimadas por las estructuras patriarcales.	Recopilación de información teórica y estadística, que demuestran la importancia del análisis del femicidio como un asunto de interés público.	Costa Rica

	Revista Bras Epidemiol	Factores de riesgo y protección relacionados con la violencia doméstica contra los adolescentes brasileños.	Antunes, J.T., Machado, I.E. y Malta D.C.	2020	Describir los factores asociados a la violencia doméstica contra los adolescentes brasileños.	Describir los factores asociados a la violencia doméstica contra los adolescentes.	Brasil
	Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión	Maltrato infantil y trastornos clínicos post-violencia en niños menores de cinco años	Terán, M	2022	Describir el maltrato infantil y trastornos clínicos postviolencia en niños menores de cinco años.	Repercusiones en el desarrollo neurobiológico y psicológico postviolencia.	Ecuador
	Psicología, Conocimiento y Sociedad	Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja.	Llosa, S. y Canetti, A.	2019	Cuantificar la frecuencia de depresión e ideación suicida (IS) en mujeres víctimas de violencia de pareja y estimar la asociación con	La violencia de pareja es un factor de riesgo alto para depresión y para	Uruguay

					variables sociodemográficas.	conductas suicidas.	
	Revista CES de Psicología	Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016.	Agudelo, M.C., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, A. y Restrepo, D.	2019	Determinar la prevalencia de maltrato en el adulto mayor de la ciudad de Pasto (Colombia) y la asociación con factores sociodemográficos y familiares.	Factores sociodemográficos y familiares en el maltrato de adultos mayores.	Colombia
	Revista de Psicología	Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja.	Aiquipa, J.J.	2015	Identificar la relación entre la dependencia emocional y la violencia de pareja en una muestra conformada por mujeres usuarias del servicio de psicología de un establecimiento de salud nacional.	Relación de la dependencia y la violencia.	Perú

	Tópicos Latinoamérica	El perfil del agresor y/o delincuente sexual	Silva, J.A. y Luján, L.J.	2019	Visión general de las características de los abusadores sexuales y determinar ciertas tipologías en las cuales pueden llegar a estar, así como la contribución de diversos factores que pueden ser de gran importancia para el desarrollo de la conducta.	Perfil del agresor.	México
	Revista de Psicología de Universidad de Antioquia	Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia.	Barrera, M., Londoño, N., Henao, G. y Calderón, L.	2015	Se estudia, descriptiva y transversalmente, el perfil cognitivo de víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia y que presentan el síndrome de estrés postraumático agudo.	Perfil de la víctima post-trauma.	Colombia

	Universidad Internacional SEK	Dependencia emocional transgeneracional en mujeres víctimas de violencia.	Donoso, V. y Garzón, M.J.	2019	Describir los distintos perfiles de dependencia emocional transgeneracional para generar programas de intervención (prevención, asistencia y tratamiento) sobre esta problemática, abriendo caminos a entender más sobre la violencia de género y promover una sociedad más sana.	Perfiles de dependencia emocional en víctimas de violencia.	Ecuador
	Revista Electrónica de Psicología Iztacala	Rasgos de personalidad y trastorno de estrés postraumático en víctimas reincidentes	Rojas, T.	2020	Comprender el funcionamiento psíquico de las víctimas reincidentes.	Personalidades en las víctimas de violencia.	Colombia

	Investigación Valdizana	Desnutrición infantil, una mirada desde diversos factores.	Álvarez, L.G.	2019	Determinar los factores relacionados a la prevalencia de la desnutrición de niños menores de 3 años de la provincia de Huánuco.	Factores que están involucrados en la desnutrición de los niños.	Perú
	Revista de Patología Dual	Dependencia emocional: un nuevo reto para la patología dual en el trastorno límite de personalidad.	Camarillo, L.	2016	Aspectos como la dependencia emocional y el trastorno de estrés postraumático asociado en múltiples ocasiones a situaciones de violencia de género.	Secuelas médicas por situaciones de violencia	España
	Universidad Autónoma Metropolitana	Desnutrición pediátrica	Ortega, C.	2014	La desnutrición es una enfermedad sistémica, la cual es causada por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrimentos, ya	Desnutrición infantil	México

					sea por ingestión insuficiente, una inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores.		
	Revista Cubana de Salud Pública	La violencia intrafamiliar y los procesos notificatorios bajo la óptica del profesional de salud pública	Saliba, C.A., Wakayama, B., Moreira, R., Mendes de Paula, A., & Isper, A.J.	2017	Evaluar la percepción y el conocimiento de los profesionales del área de la salud sobre la violencia intrafamiliar y el proceso de notificación obligatoria.	Conocimiento de los profesionales de salud sobre violencia intrafamiliar.	Brasil

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

3.4 Criterios de búsqueda

En la tabla # se observan los criterios de búsqueda utilizados, tales como motores de búsqueda, período de estudio e idioma, según cada objetivo del estudio.

Tabla 2. Criterios de búsqueda utilizados, según objetivo

Objetivo	Descriptores	Motores de búsqueda	Período de estudio	Idioma
Describir los distintos tipos y categorías que comprenden la violencia intrafamiliar.	Definición de violencia	Google Académico Scielo PubMed Redalyc	2015- 2022	Español Inglés Portugués
	Tipo de VIF			
	Violencia			
Identificar las principales secuelas médicas posterior a la violencia intrafamiliar en Suramérica entre los años 2015 al 2020.	Secuelas postviolencia	Google Académico Scielo PubMed Redalyc	2015- 2022	Español Inglés Portugués
	Secuelas médicas			
	Secuelas en violencia intrafamiliar			
Categorizar los tipos de violencia asociados a la población de adultos jóvenes en Suramérica entre los años 2015 y 2020.	Tipos de violencia	Google Académico Scielo PubMed Redalyc	2015- 2022	Español Inglés Portugués
	Edades más propensas de violencia			
	Violencia en Suramérica			

<p>Actualizar a los funcionarios en los servicios de atención primaria de salud para poder reconocer los patrones de violencia, las víctimas y agresores y las secuelas presentes en ellos.</p>	Patrones de violencia	<p>Google Académico Scielo PubMed Redalyc</p>	<p>2015-2022</p>	<p>Español Inglés Portugués</p>
	Secuelas presentes			
	Programas de ayuda a la víctima			

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

3.4.1 Criterios de inclusión y de exclusión

3.4.1.1 Criterios de inclusión

Con respecto a los criterios de inclusión, se incluyeron fuentes y referencias bibliográficas que cumplieran con los siguientes aspectos:

- Libros, artículos y documentos de sitios *web* internacionales y nacionales en los períodos de publicación entre el 2013 y 2020.
- Artículos brindados por la Biblioteca Nacional del Seguro Social sobre temas de violencia intrafamiliar.
- Secciones de libros donde se mencionen las enfermedades psicológicas involucradas en el tema de violencia intrafamiliar.
- Estudios sobre la violencia intrafamiliar y secuelas médicas postviolencia.
- Artículos en inglés, francés, portugués y español.
- Países de todo el mundo principalmente del continente americano.

3.4.1.2 Criterios de exclusión

Con respecto a los criterios de exclusión, se excluyeron fuentes y referencias bibliográficas que cumplieran con los siguientes aspectos:

- Libros, artículos y documentos de sitios *web* no reconocidos.
- Artículos publicados en años anteriores al 2012.
- Artículos no relacionados con las secuelas medicas por la violencia intrafamiliar.
- Artículos en idiomas diferentes al inglés, al francés, al portugués o al español.
- Artículos de países fuera del continente americano.

3.5 Unidad de análisis

Tabla 3. Unidades de análisis

Objetivo	Categoría de análisis	Subcategoría	Definición conceptual	Instrumento	Ítem
Describir los distintos tipos y categorías que comprenden la violencia intrafamiliar	Revisión bibliográfica	Valorar las subdivisiones de cómo clasificar la violencia intrafamiliar	Se deben reconocer los casos en los que se produce, ya que hay diferentes tipos de distanciamiento social y la investigación se quiere enfocar en la pandemia.	Se buscan artículos, tesis o libros del tema en relación con el aislamiento social.	1
Identificar las principales secuelas médicas posteriores a la violencia intrafamiliar en Suramérica entre los años 2015 y 2020.	Revisión bibliográfica	Poder observar las afectaciones ocasionadas a las personas que sufren violencia.	Es muy importante comprender cuáles son las enfermedades relacionadas para poder hacer un abordaje, de manera integral, a las personas que las padecen y evitar la violencia u otras conductas que ocasionen mayores daños a las personas, tanto que la padecen, como las que están alrededor.	Se utilizan artículos, tesis o libros en relación con el tema correspondiente.	2

<p>Categorizar los tipos de violencia asociados a la población de adultos jóvenes en Suramérica en los años 2015-2020</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Poder determinar cuál es el factor repetitivo en la violencia en la población en estudio.</p>	<p>Es importante determinar cuál es el tipo de violencia más frecuente para poder hacer abordajes con el fin de disminuirlos y también reconocerlos.</p>	<p>Datos y estadísticas a nivel nacional o internacional, sobre los tipos de violencia más frecuentes. Revistas o artículos.</p>	<p>3</p>
<p>Actualizar a los funcionarios en los servicios de atención primaria de salud para poder reconocer los patrones de violencia, las víctimas y los agresores, y las secuelas presentes en ellos.</p>	<p>Revisión bibliográfica</p>	<p>Calificar la poca ejecución y conocimiento de programas para la VIF en pro de las víctimas.</p>	<p>El fin de este objetivo es poder reconocer la falta de integración de los equipos de trabajo a nivel de atención de casos de violencia y la poca ejecución de los programas institucionales relacionados con el problema de la VIF.</p>	<p>Se realiza revisión de revistas, documentos y programas relacionados con el tema.</p>	<p>4</p>

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

A través de esta investigación, se analizaron los factores de riesgo de la violencia de género relacionados con el macrosistema y con el exosistema. Es decir, aquellos factores relacionados con las creencias y los valores culturales que determinan la violencia de género, así como las estructuras formales e informales que influyen, conforman y determinan el ambiente donde la persona se desenvuelve.

Los hallazgos de este estudio muestran una alta prevalencia de conductas sexuales de riesgo en las mujeres reclusas del complejo penitenciario El Manzano de Concepción (Chile). Entre las más prevalentes, están el inicio de la actividad sexual antes de los 16 años, el embarazo en la adolescencia, no usar preservativos durante sus relaciones sexuales con desconocidos, y tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o las drogas (Leal, et al. 2018, p. 43).

Según Enríquez, et al. (2018), en Perú, del total de la muestra de su estudio, el 6.3% de las mujeres sufrió violencia sexual por su pareja en los últimos doce meses de aplicada la encuesta, el 29.5% sufrió violencia física, el 43.6% presentó antecedentes de violencia del padre a la madre, casi un 15% fue amenazada económicamente, y el 73.1% de los compañeros se embriagaba algunas veces. Por otra parte, se reportó una asociación estadísticamente significativa entre el estado civil de las mujeres y la violencia sexual por parte de la pareja

Adicionalmente, el estudio también muestra que:

Casi el 20% de las mujeres separadas sufrió violencia sexual en los últimos doce meses; se confirmó una asociación entre la edad de las mujeres y la violencia sexual; las mujeres que experimentaron violencia contaban con una media de edad superior con respecto a aquellas que no lo hicieron; se reportó asociación entre los antecedentes de violencia del padre hacia la madre y la violencia sexual, y el 8% de las mujeres que experimentaron violencia sexual evidenció antecedentes de violencia del padre hacia la madre (Enríquez, et al., 2018, p.44).

En relación con las características sociodemográficas de las participantes: edad y escolaridad

Se establecieron dos rangos de edad: de 21 a 36 años (55 %) y de 37 o más (45 %), por lo que la distribución de los grupos de edad fue proporcional, con un poco más de representación de las líderes con edades de 21 a 36 años. Con respecto al nivel educativo, el 80% de las líderes tiene formación de secundaria (incompleta y completa), el 10% primaria y solo el 10% formación técnica (Ferrel, et al., 2017, p.283).

Por otra parte, Valle y Ortiz (2018) aducen que:

Un alto porcentaje (21%–25%) de víctimas de agresiones sexuales intrafamiliares no reportó información sobre el tipo de agresión, probablemente, por considerar las implicancias legales que podría traer el develar tal información. Por otro lado, el estudio no recolectó información sobre el consumo de alcohol al momento de la agresión sexual, lo cual hubiese permitido identificar el rol del alcohol en las agresiones intrafamiliares y extrafamiliares.

El análisis de los resultados mostró que las agresiones sexuales intrafamiliares no físicas y físicas se asociaron al consumo de alcohol en estudiantes de ambos sexos; sin embargo, las violaciones sexuales intrafamiliares no se asociaron al consumo de alcohol. Por otro lado, el consumo de alcohol en el último año se asoció a las agresiones sexuales extrafamiliares no físicas y físicas en estudiantes de ambos sexos (p.8).

Desde el punto de vista de la gestión pública encaminada a enfrentar el problema y a combatir la VIF, la política social podría concentrarse en campañas educativas (en especial en los más pobres) para disminuir el consumo de licor y de cigarrillos.

De la misma forma, es necesario considerar que:

La prevalencia de vida de las agresiones sexuales intrafamiliares fue similar a la de las agresiones sexuales extrafamiliares y el consumo de alcohol en el último año en mujeres y varones se asoció a las agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares en el mismo periodo.

El consumo de alcohol de varones y mujeres estuvo asociado a formas no físicas y físicas de agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares ocurridas en el último año. Sin embargo, el consumo de alcohol se asoció con violaciones sexuales extrafamiliares solo entre mujeres (Valle y Ortiz, 2018, p.8).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación con base en una exhaustiva revisión bibliográfica, se obtuvo una serie de conclusiones y recomendaciones, las cuales dan respuesta a los objetivos específicos y al objetivo general de este estudio.

Es de suma importancia recalcar que Costa Rica posee protocolos nacionales por parte de entidades estatales y privadas para el manejo multidisciplinario, donde se muestran, con gran relevancia, aquellas entidades prestadoras de salud, como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, además de los protocolos existentes son utilizados también en hospitales individuales privados. Estos protocolos presentan semejanzas con respecto a los utilizados en Suramérica para el abordaje de violencia intrafamiliar.

En respuesta al objetivo general: “Evaluar las secuelas más importantes en el campo médico para las poblaciones expuestas en la violencia intrafamiliar en adultos jóvenes de Suramérica entre los años 2015 y 2020”, se concluye lo siguiente:

La violencia intrafamiliar es considerada como una problemática social de alto impacto, debido a la cantidad de secuelas, tanto físicas, como económicas, las cuales han implicado una constante intervención del Estado en prácticamente todos los países suramericanos.

El presente estudio muestra, de manera cualitativa, la evaluación de las secuelas en la población expuesta en violencia, donde destacan aspectos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, intentos de suicidio, síndromes de dolor crónico, síndrome del colon irritable, diversas consecuencias para la salud reproductiva, lesiones físicas y sexuales, trastornos del aparato digestivo y trastornos de la conducta del sueño.

Las principales secuelas se manifiestan en el desarrollo sociocultural e incluso económico de la población. Por lo tanto, el abordaje de esta problemática a nivel preventivo desde la empresa privada y del Estado es una alternativa que permite reducir los costos sociales y económicos de la violencia intrafamiliar y, a su vez, brindar un mayor bienestar en el ámbito laboral y en su espectro familiar y social.

En respuesta al objetivo específico 1: “Describir los distintos tipos y categorías que comprenden a la violencia intrafamiliar”, se concluye lo siguiente:

Los tipos de violencia intrafamiliar más frecuentemente descritos en esta investigación menciona la violencia autoinfligida, la cual comprende a comportamientos suicida y autolesiones como respuesta a depresión severa o sentimientos de desesperanza e incapacidad para continuar con el vínculo y círculo de violencia.

Otro tipo de violencia mostrada en esta investigación es la violencia interpersonal, la cual abarca violencia familiar, que incluye menores, pareja y ancianos, así como violencia entre personas sin parentesco, abuso sexual, agresiones físicas y emocionales directas.

Además de los tipos de violencia anteriormente mencionados, también se logró describir la violencia colectiva que comprende la violencia social y la violencia económica. Este tipo de violencia se caracteriza por la imposición del agresor sobre la víctima como estrategia para perpetuar el ciclo de violencia emocional. Se evidenció que las mujeres sufren, con mayor frecuencia, este tipo de violencia cuando no cuentan con un nivel académico o de preparación técnica para solventar su economía.

Los hogares donde el estatus marital del jefe de hogar es de estado civil casado tienen más de probabilidad de eventos violentos que aquellos donde el jefe de hogar está en unión libre. Los hogares con estrato socioeconómico alto, donde ambos miembros trabajan, presentan menos probabilidad de eventos de violencia en comparación con hogares donde hay un único proveedor de ingreso económico.

En respuesta al objetivo específico 2: “Identificar las principales secuelas médicas posterior a la violencia intrafamiliar en Suramérica entre los años 2015 al 2020”, se concluye lo siguiente:

Las mujeres acuden al sistema de salud por la violencia sufrida, pero, en muchas ocasiones, naturalizan la situación y no señalan el motivo de su padecimiento, por lo tanto, el personal médico debe abordar el caso identificando las principales secuelas que puede presentar la paciente en el

momento de la consulta, por ejemplo, golpes cuya cinemática del trauma no coincida con la historia brindada por la paciente.

Dentro de las lesiones que se pueden identificar, se destacan equimosis en cuello, brazos, cara, espalda y piernas, así como las equimosis por patrón, ya sea exposición lineal o cilíndrica, la cual hace referencia a agresiones con correas u objetos romos de índole doméstico (escobas, vasos, sandalias, cucharones). De la misma manera, se pueden presentar las quemaduras en palmas de las manos o con patrones específicos como las lesiones con planchas u objetos como encendedores.

Otra de las principales secuelas de la violencia intrafamiliar son producto de agresiones sexuales. La mayor parte de estas agresiones son ejecutadas por un miembro de la familia. Por lo tanto, no solamente genera una secuela física (fisuras, desgarros vaginales y/o anales, hematomas en genitales), sino que la paciente víctima de violencia sexual presenta secuelas psicológicas evidentes. Dentro de éstas, se pueden observar vaginismo, hipersexualidad, aislamiento, trastornos del sueño y enuresis.

Adicionalmente, el consumo de alcohol en el último año en mujeres y varones se asoció a las agresiones sexuales intrafamiliares y extrafamiliares en el mismo periodo. Asimismo, las violaciones sexuales intrafamiliares en mujeres casadas no se asociaron al consumo de alcohol de las víctimas, sin embargo, sus agresores sí habían consumido alcohol.

Debido a que el consumo de alcohol y drogas está directamente relacionado con el ciclo de violencia, tanto en el agresor, como en la víctima, se deben identificar secuelas físicas del uso y abuso de sustancias; sin embargo, la ausencia de estos signos no sugiere que no haya uso de alcohol o drogas por parte del agresor.

Las secuelas más relevantes en el uso y abuso de sustancias son: lesiones de características punzantes en el dorso de la mano y en la región braquial, manchas por nicotina en uñas y dientes, incontinencia urinaria, delirio, síndrome de abstinencia, disminución de la concentración, desorientación de los sentidos e, incluso, alucinaciones.

En respuesta al objetivo específico 3: “Categorizar los tipos de violencia asociados a la población de adultos jóvenes en Suramérica entre los años 2015 y 2020”, se concluye lo siguiente:

Para categorizar el tipo de violencia autoinfligido, es importante analizar la prevención de ésta. En ese sentido, las intervenciones de salud pública se clasifican tradicionalmente en tres niveles de prevención: prevención primaria, la cual presenta intervenciones dirigidas a prevenir la violencia antes de que ocurra; prevención secundaria, que representa medidas centradas en las respuestas más inmediatas a la violencia, entre ellas, atención prehospitalaria y servicios de urgencia, y prevención terciaria: intervenciones centradas en la atención a largo plazo con posterioridad a los actos violentos, como la rehabilitación y reintegración, e intentos por reducir los traumas o la discapacidad de larga duración asociada con la violencia.

En cuanto a la categorización de la violencia interpersonal, este comportamiento incluye agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear; maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes; relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual y diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia.

En cuando a la agresión sexual, se debe también categorizar de manera específica, ya que incluye otros rasgos de violencia como la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar otras medidas de protección contra las enfermedades de transmisión sexual y el aborto forzado; además, los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres, incluidas las inspecciones obligatorias para comprobar la virginidad; la prostitución forzada y la mutilación genital femenina.

Estas categorías de violencia sexual suelen ser menos abordadas en el primer nivel de atención debido a la severidad de las lesiones; sin embargo, representan al grupo de agresiones más traumáticas y significativas, por ello, se requiere más inversión, tanto médica, como psicológica para abarcar el tipo de secuela producto de este nivel de violencia. Incluso, en muchas ocasiones, este tipo de violencia puede llegar a ser irreversible como es el caso de la mutilación genital o los homicidios.

En respuesta al objetivo específico 4: “Actualizar a los funcionarios en los servicios de atención primaria de salud para poder reconocer los patrones de violencia, las víctimas y agresores y las secuelas presentes en ellos”, se concluye lo siguiente:

Es importante destacar al personal de salud como los principales evaluadores de las secuelas que presentan las víctimas de violencia doméstica.

Asimismo, se debe establecer actualización, tanto de los recursos, como de los alcances de la ley para abordar la violencia doméstica desde un punto de vista médico, pues muchas situaciones se manejan a partir de guías que no han sido actualizadas desde hace varias décadas. Ello se evidencia con un manejo poco actualizado de la situación.

Consecuentemente, se concluye que la actualización de los funcionarios de atención primaria para abordar pacientes víctimas de violencia se debe realizar en forma integral con los departamentos de Medicina Legal, Psicología, Nutrición, Servicio Social e instituciones que interactúen como red de apoyo a víctimas de agresión, o bien, personas con secuelas de violencia doméstica.

Por último, se concluyó que, cuando hay acceso a información sobre violencia, las víctimas pueden reconocer que están dentro de un patrón de violencia. Por lo tanto, el personal de salud debe aportar la información necesaria a la comunidad para facilitar el acceso a la atención, además de disminuir los casos de consecuencias fatales en la comunidad donde se está trabajando.

5.2 Recomendaciones

Los profesionales de salud, en la mayoría de ocasiones, son las primeras personas a las que las víctimas de violencia acuden y solicitan ayuda para su problemática, por lo cual deben contar con la formación para evaluar las secuelas y enfrentar la situación de manera integral para proporcionar una respuesta adecuada a la paciente.

Se recomienda realizar una exhaustiva investigación en la historia clínica para evitar el solapamiento de los distintos tipos de violencia: económica, física y sexual. Dicha evidencia es necesaria para lograr la comprensión de la interacción y del abordaje de la paciente víctima de violencia con el fin de brindar un apoyo multidisciplinario y su debido seguimiento. Esto porque, si se demuestra agresión sexual, podría requerir incluso de revisión inmediata por parte de un especialista.

Así mismo, es importante facilitarles a los más pobres el acceso a vivienda para facilitar que menos hogares habiten una misma vivienda. Incluso, puede diseñarse una política especial desde gobierno municipal para facilitarles, a las personas más desfavorecidas económicamente, el acceso a créditos con bajas tasas de interés y, eventualmente, condonarle la deuda con el fin de permitirles a propietarios reformas adecuadas para disminuir el hacinamiento.

Es necesario que las instituciones de salud pública tomen en cuenta las condiciones socioeconómicas de las personas con secuelas de violencia, las cuales requieren intervenciones sociales y el debido acompañamiento, asegurando el acceso a la salud integral de estas personas y brindándoles todas las herramientas básicas necesarias para las terapias.

De la misma forma, el profesional de la salud debe tener en cuenta la vinculación entre fundamentalismo religioso y violencia. Esto porque las religiones patriarcales crean un entorno social donde las mujeres son culturalmente dependientes de los hombres y donde la violencia contra las mujeres es legitimada y aceptada por la sociedad. Por tanto, dicha controversia se debe manejar, en forma respetuosa y sutil, para no crear discusiones de índole religioso, pero sí tener como prioridad la integridad física y emocional de la persona paciente.

Es indispensable que no se incurra en la revictimización de la persona paciente, por lo cual es necesario que se apliquen terapias que eleven su autoestima con el fin de enfrentar su realidad, reaccionar y buscar alternativas para cambiar la situación, lo cual sea generador del cambio en su vida y, de esta manera, romper las cadenas generacionales de violencia.

El personal de salud debe mostrar interés y empatía frente a las emociones de culpa y vergüenza, las cuales están directamente asociadas con la violencia. Dichas emociones definidas como sociales y morales son motivadoras y controladoras de la conducta. Paradójicamente, los estudios muestran que las víctimas sienten vergüenza por ser humilladas y culpabilidad por las interacciones negativas. La vergüenza genera un estado emocional desagradable e interrumpe la acción, además de generar cierta confusión mental en la víctima.

El miedo presentado por la persona paciente en un servicio de atención primaria como respuesta a la violencia puede funcionar en forma ambivalente. Por un lado, puede ser una forma de afrontamiento activo si se asocia a la huida y evitación alejando así a la víctima de la situación de violencia. Por otro lado, si el miedo aparece en situaciones de violencia continuada, puede suponer un aprendizaje y habituación a la situación de amenaza de violencia. Esta respuesta refuerza, en el agresor, el ejercicio de nuevas conductas violentas, por lo cual la víctima teme manifestar la agresión como motivo de consulta.

Adicionalmente, se recomienda visibilizar la problemática tan importante que representa la violencia a nivel sociocultural, pues, para generar conciencia y futuro apoyo por parte de entidades, donde se pueda manejar esta problemática en acompañamiento con grupos de apoyo y de rehabilitación e integración a la sociedad.

Un modelo importante para alertar a la población acerca de la problemática de violencia es la creación de boletines informativos, por lo tanto, se recomienda colocar, en volantes digitales y físicos, información y testimonios de violencia para que las víctimas sientan acompañamiento.

Otra forma muy efectiva para proporcionar información a la población es colocar, en las pizarras informativas, láminas con información de centros de ayuda a personas víctimas de violencia, además de imágenes llamativas que informen sobre la violencia en la zona y en el país para visibilizar la problemática.

Por último, se recomienda, al personal de salud, tener a mano números y contactos con entidades, tanto públicas, como privadas de rehabilitación y apoyo para víctimas de violencia y para aquellas personas que presenten características de un potencial agresor. Lo anterior se debe realizar no solo como método de prevención, sino también como forma de continuidad del proceso de romper el círculo de violencia.

Se recomienda utilizar imágenes como las presentada en los anexos 9, 10 y 11 de este trabajo investigativo, donde se hacer referencia a imágenes que se pueden utilizar para ser colocadas en las pizarras informativas, ya que hacen mención de la problemática. Asimismo, brindan información como números de teléfono y contactos donde se puede dar seguimiento a los casos en forma integral, además de concientizar y visibilizar la realidad social con respecto a la violencia.

5.3 Recomendaciones para futuras investigaciones

- Se impulsa investigar sobre distintos métodos para manejar, en forma multidisciplinaria, los casos de violencia doméstica.
- Se sugiere investigar sobre las secuelas del aislamiento generadas por la pandemia por COVID-19 en la población general.
- Se aconseja, a los futuros investigadores, reforzar criterios específicos para evaluar los comportamientos desencadenantes de violencia posterior a la pandemia por COVID-19.
- Se recomienda la investigación en enfermedades y trastornos mentales que se pueden calificar como secuela de violencia posterior al aislamiento por la pandemia.
- Se propone también investigar acerca de los métodos de abordaje y rehabilitación para las personas víctimas de violencia doméstica que se encuentren involucradas dentro de una problemática de uso y abuso de sustancias.
- Se insta, a los futuros investigadores, el cuestionarse con preguntas específicas y minuciosas como la siguiente: ¿Puede el sector privado intervenir de manera participativa en la lucha por la erradicación de la violencia intrafamiliar?
- Se motiva, a los futuros investigadores, a realizar interrogantes como cuáles deberían ser las medidas de protección a las víctimas de violencia doméstica durante las celebraciones por partidos de fútbol en época del mundial de dicho deporte.
- Se promueve investigar acerca de la incidencia de violencia doméstica en periodos donde se realizan festejos en comunidades e identificar el factor desencadenante según la localización demográfica y sus respectivas costumbres.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Santos, R., Pereira, N., Matheus, F., Almeida, M., Damasceno, J., Moura, L. & Cordélia, K. (2018). Prevalence and factors associated with experience of intrafamilial violence by teenagers in school. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 71(3):1022-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0546>
- 2- Valle, R, Bernabé, A., Gálvez, J.A., Gutiérrez, C. y Martins, S.S. (2018). Intrafamilial and extrafamilial sexual assault and its association with alcohol consumption. *Rev. Saude Publica*; 52-86.
- 3- Rueda, N. (2018). La violencia intrafamiliar como fuente de daño resarcible en Colombia. *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, 48 (128), pp. 193-217.
- 4- Quispe, M., Curro, O., Córdova, M., Pastor, N., Puza, G., & Oyola, A. (2018). Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(2), 278-294.
- 5- González, R. I., Martínez, A., Fernández, A. Montero, L. y Montero, D. (2019). Violencia doméstica en niños y adolescentes de la Comuna Tala Hady. *Rev. Arch. Med. Camagüey*, 23 (2) 178- 187.
- 6- Miura, P. O., Silva, A., Pedrosa, M. P., Costa, M. L., y Nobre, J. N. (2018). Violencia doméstica o violencia intrafamiliar: análisis de los términos.
- 7- Del Hoyo, J., Orúe, I., Gámez, M., & Calvete, E. (2020). Multivariate models of child-to-mother violence and child-to-father violence among adolescents. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12, 11-21. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a2>
- 8- Rocha, V.L., Silva, C.D., Acosta, D.F., Mota, M.S., Costa, F.S., Vallejos, C. (2020). Social representations of Primary Health Care users about violence: a gender study. *Rev. Gaúcha Enferm.*, 41: e20190286. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190286>
- 9- Ferrel, R., Ferrel, L., Oblitas, L. y Yáñez, H. (2017). Indicadores de riesgo y comunicación en salud mental sobre consumo de sustancias psicoactivas y violencia intrafamiliar en líderes comunitarias. *Revista Salud Uninorte*, 33 (2): 152-167.
- 10- Leal, C., Soto, A., Papazoglou, E. y Muñoz, M. (2018). Prevalencia de antecedentes sexuales de riesgo en mujeres privadas de libertad. Análisis exploratorio de factores asociados a comportamientos de alto riesgo. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.* [Internet]. 28 de marzo de 2018 [citado 31 de mayo de 2022];69(1):42-5. <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/3019>

- 11- Enríquez, Y., Ortiz, Y., Ortiz, K. y Díaz, G. (2020). Ecological analysis of intimate partner sexual violence in Peruvian women. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 272-286. Doi: <http://doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.13>
- 12- Puente, A., Ubillos, S., Páez, D. y Echeburúa, E. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de metaanálisis y estudios recientes. *Anales de Psicología* [Internet]. 2016;32(1):295-306. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16743391034>
- 13- Vázquez, F., López, M., Blanco, V., Otero, P. y Torres, Á. (2010). Prevalencia y factores de riesgo de la violencia contra la mujer en estudiantes universitarias españolas. *Psicothema* [Internet]. 2010;22(2):196-201. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712496004>
- 14- Barrientos, M., Molina, C. y Salinas, D. (2013). Las causas de la violencia intrafamiliar en Medellín. *Perfil de Coyuntura Económica* [Internet]. (22):99-112. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86131758005>
- 15- Benavides, J. (2015). Factores de riesgo psicosocial asociado a la violencia intrafamiliar en trabajadores de una empresa cementera. Una iniciativa de la empresa privada. Tesis Psicológica [Internet]. 2015;10(2):150-161. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139046451010>
- 16- Arrieta, K., Díaz, S. y González, F. (2015). Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. *Revista Clínica de Medicina de Familia* [Internet]. 8(1):19-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169639635004>
- 17- Valle, R, Bernabé, A., Gálvez, J.A., Gutiérrez, C. y Martins, S. (2018). Agresión sexual intrafamiliar y extrafamiliar y su asociación con el consumo de alcohol. *Rev Saude Publica*, 52: 86.
- 18- Pereira, S. (2018). Salud, mujeres y violencia doméstica. *Revista Judicial*, Poder Judicial de Costa Rica, No 123, pp. 25-39 ISSN 2215-2377 / Junio.
- 19- Torres, Y., Salas, C., Sierra, G.M. y Agudelo, A. (2014). Factores asociados a la violencia en Itagüí (Colombia) en 2012. *Rev. CES Méd.*, 28(1): 61-76.
- 20- Saliba, C.A., Wakayama, B., Moreira, R., Mendes, A. & Isper, A. J. (2017). La violencia intrafamiliar y procesos notificados bajo la óptica del profesional de salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43 (2) 204-213.

- 21- Agudelo, M.C., Cardona, D., Segura, A., Segura, A., Muñoz, A., & Restrepo, D. (2019). Características sociales y familiares asociadas al maltrato al adulto mayor de Pasto, Colombia 2016. *Rev. CES Psicol.*, 12(1), 32-42.
- 22- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, Vol. 33 (2), 2015, pp. 411-437 (ISSN 0254-9247).
- 23- Silva, J.A. y Luján, J. (2019) El perfil del agresor y/o delincuente sexual. *Revista Visión Criminológica-criminalística*, octubre-diciembre 2019, 50-55.
- 24- Barrera, M., Londoño, N. H., Henao, G. C. y Calderón, L. (2015). Perfil cognitivo del trastorno por estrés postraumático agudo en personas víctimas de un atentado con carro bomba en Colombia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), pp. 57-72.
- 25- Donoso, V. y Garzón, M.J. (2019). Dependencia emocional transgeneracional en mujeres víctimas de violencia.
- 26- Rojas, T. (2020). Rasgos de personalidad y trastorno de estrés postraumático en víctimas reincidentes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 23(3); 1150-1171.

CAPÍTULO VII: ANEXOS

Anexo 1. Perfil del agresor y la víctima.

El siguiente cuadro muestra las características que se pueden identificar en atención primaria del perfil del agresor y de la víctima.

Tabla 4. Perfil del agresor y la víctima.

	Identificación en atención primaria	Secuela
Perfil del agresor	<p>Se preocupa por la víctima; sin embargo, no permite que se realice el acto médico en forma adecuada.</p> <p>Se muestra nervioso e incluso celoso (a) frente a las preguntas y no permite que la víctima conteste oportunamente.</p> <p>Culpa constantemente o ridiculiza a la víctima.</p> <p>Puede presentar signos de forcejeo (arañazos o salpicaduras de sangre).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Sociópata• Trastorno de personalidad límite.• Celos• Baja autoestima• Narcisismo• Patrón repetitivo de violencia• Mala adaptación a la sociedad
Perfil de la persona agredida o víctima	<p>Golpes que no coinciden con historia brindada por paciente o acompañante ni corresponden a la cinemática del trauma.</p> <p>Dificultad para brindar un orden cronológico del evento.</p> <p>Sentimiento de culpa o vergüenza.</p> <p>Antecedente de lesiones previas con el mismo patrón de golpe.</p> <p>Timidez excesiva.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Depresión• Ansiedad• Baja autoestima• Dependencia emocional• Idealización suicida• Estrés

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo.2 Características de factores de riesgo

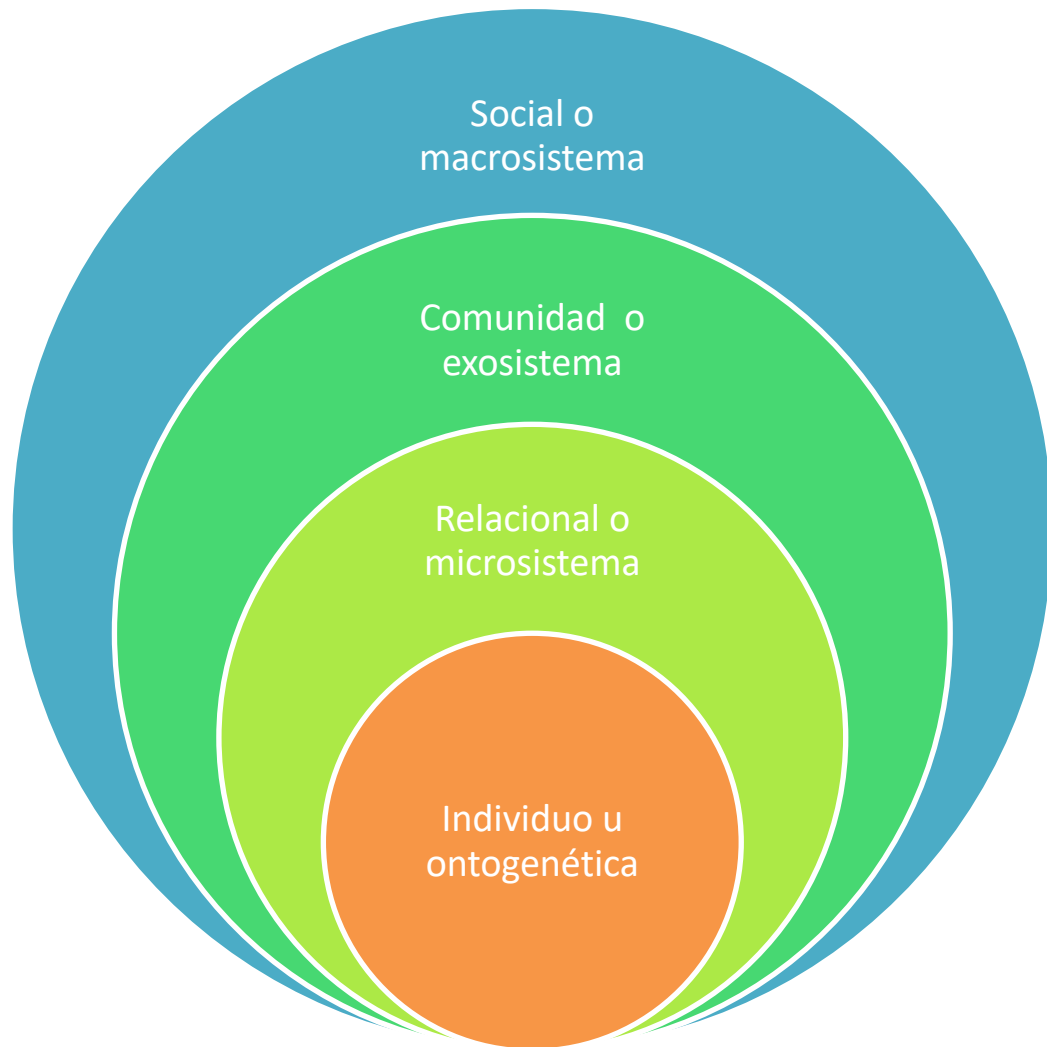
El siguiente cuadro describe las características de los agresores y víctimas con evidencia de factores de riesgo según el modelo sistémico de violencia intrafamiliar.

Tabla 5. Características de factores de riesgo.

	Macrosistema	Exosistema	Microsistema	Ontogenético o individual
Agresor	Cultura Valores sociales Ideología Creencias sociales	Trabajo Nivel educativo Ingresos económicos Estrés laboral Historia de violencia intrafamiliar Edad	Victima infantil de abuso Maltrato a animales Celos Abuso emocional Acoso Control sobre la pareja.	Escasa empatía Uso y abuso de drogas Abuso de alcohol Depresión Hostilidad
Víctima	Cultura Valores sociales Ideología Creencias sociales	Trabajo Nivel educativo Ingresos económicos Edad	Satisfacción de pareja Separación de pareja Número o presencia de hijos Antecedente de violencia.	Miedo Depresión Embarazo Disculpa hacia la violencia

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 3. Modelo ecológico para la comprensión de la violencia



Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 4. Mitos y realidades de la violencia

El cuadro presentado a continuación describe, de manera cualitativa, los mitos y las realidades de la violencia.

Tabla 6. Mitos y realidades de la violencia.

Mitos	Realidades
La violencia en la pareja afecta a cierto tipo de mujeres.	Las mujeres agredidas provienen de todos los grupos demográficos, toda clase social, nivel educativo y grupo poblacional.
La violencia contra la mujer es producto de una mala comunicación en la pareja.	Todo acto de violencia es responsabilidad de quien lo ejecuta y se explica por la distribución desigual del poder en la relación de pareja.
Los hombres agresores son siempre violentos.	La mayoría de agresores no muestran personalidad sociopática, ni son violentos en la relación con otras personas.
Si la esposa es paciente y se muestra complaciente, el agresor cambiará y detendrá la violencia.	Los agresores se muestran violentos para mantener el poder y el control, y no tienen relación con el comportamiento de la mujer en su relación de pareja.
El alcohol y las drogas son la causa del comportamiento violento hacia la esposa.	Su presencia puede incrementar el riesgo de mayor severidad en los ataques, pero no es la causa de la agresión.
Los hijos necesitan un padre, aunque él sea violento.	Toda persona tiene derecho a una vida libre de violencia. Los niños/as que viven en un ambiente violento presentan más problemas emocionales, de conducta que los/as que viven en ambientes sin violencia.

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 4. Indicadores de mayor peligro

Esquema de los indicadores de peligro en personas con perfil de agresor



Fuente: Folleto informativo de la Oficina de la Procuradora de las Mujeres

Anexos 5. Políticas, planes y programas institucionales

El presente cuadro registra, de manera detallada, las entidades responsables de generar planes y programas de apoyo para la prevención y abordaje de la violencia.

Tabla 7. Políticas, planes y programas institucionales.

Responsable	Planes	Programas	Acciones
Ministerio de Salud	Política Nacional de Salud 2002-2006 Agenda Sanitaria Concertada 2002-2006 Plan Nacional de Salud Mental Plan Nacional de Violencia		Normas y protocolos para el abordaje de la violencia. Habilitación y acreditación de servicios de salud. Sistema de vigilancia en violencia. Desarrollo.
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)		Programa de Atención a la Violencia Intrafamiliar	Atención integral de las víctimas de la violencia en los tres niveles de atención. Promoción y prevención de la violencia. Detección y registro de la violencia. 40 comisiones locales de atención a la VIF. Participación en las redes locales de violencia.
Ministerio de Seguridad Pública	Plan Institucional	Programa de promotores.	Módulo informativo sobre Ley de Violencia Intrafamiliar.

		Programa de capacitación en la violencia para el personal y para la comunidad.	Atención personal policial afectado por la violencia o que ejerce violencia contra las personas que integran el grupo familiar. Participación en las redes locales de violencia.
Ministerio de Justicia y Gracia	Define políticas nacionales e institucionales que promuevan la prevención integral de la violencia y el delito.	Prevención de la violencia y del delito. Áreas de trabajo: socio-jurídico, socio-social, farmacodependencia (CENADRO).	Formación de la Red de Jóvenes para la Prevención de la Violencia. Actividades formativas e informáticas para jóvenes. Campañas nacionales de información y sensibilización para promover los derechos de una vida sin violencia. Elaboración de manuales educativos. Atención a personas ofensoras. Atención a familiares de privados de libertad. Investigación permanente.
Poder Judicial		Fiscalía de la Violencia doméstica y Delitos Sexuales. Oficina de Atención a la Víctima del Delito.	A partir del 2004, se abrirá una Fiscalía de Violencia Doméstica y Delitos Sexuales en cada provincia. Atención psicológica, trabajo social, asesoría legal,

			<p>capacitación del personal judicial.</p> <p>Participación en las redes locales de violencia.</p>
Ministerio de Educación Pública	<p>Plan de Acción Institucional para la Prevención y Atención de la Violencia desde el sistema educativo.</p>		<p>Manual de normas y procedimientos legales en situaciones de violencia.</p> <p>Coordinación interinstitucional y alianzas estratégicas.</p> <p>Sensibilización y capacitación del personal docente.</p> <p>Protección, promoción de los derechos humanos.</p> <p>Desarrollo de proyectos, creando ambientes libres de violencia, educación para la paz, una cultura con equidad y género.</p> <p>Elaboración de módulos educativos para docentes y estudiantes.</p> <p>Participación en las redes locales de violencia.</p>
Universidades públicas		<p>Centro Especializado en Investigaciones y Estudios sobre la Mujer, UCR.</p>	<p>Formación del recurso humano, docencia, investigación.</p> <p>Participación en el Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF.</p>

		Instituto de Estudios de la Mujer, UNA.	
Ministerio de Cultura		Unidad de Cultura y Género.	Actividades de teatro, danza y música orientadas a eliminar estereotipos y mitos.
Ministerio de Obras Públicas y Transporte	Plan Nacional de Seguridad Vial.	Consejo de Seguridad Vial (COSEVI)	Empresas y escuelas seguras en zonas de alto riesgo. Consejos Locales de Seguridad Vial. Campañas de comunicación. Revisión y actualización de la Ley de Tránsito para Vías Públicas y Terrestres.
Instituto Nacional de la Mujer (INAMU)	Plan Nacional para la Atención y Prevención de la VIF.	Área de Violencia de Género. Delegación de la Mujer. Centros especializados de atención y albergues temporales para mujeres agredidas. Línea de Emergencias 911.	Atención y asesoría legal de las víctimas de violencia VIF. Organización y capacitación de las redes locales de atención y prevención de la violencia. Campañas nacionales de prevención de VIF.
Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Órgano rector en el área de la niñez y la adolescencia.	Programas de prevención. Programas de atención y albergue de menores de edad en estado de	Protección y atención de menores de edad en estado de abandono y agredidos. Campañas de prevención de violencia en menores de

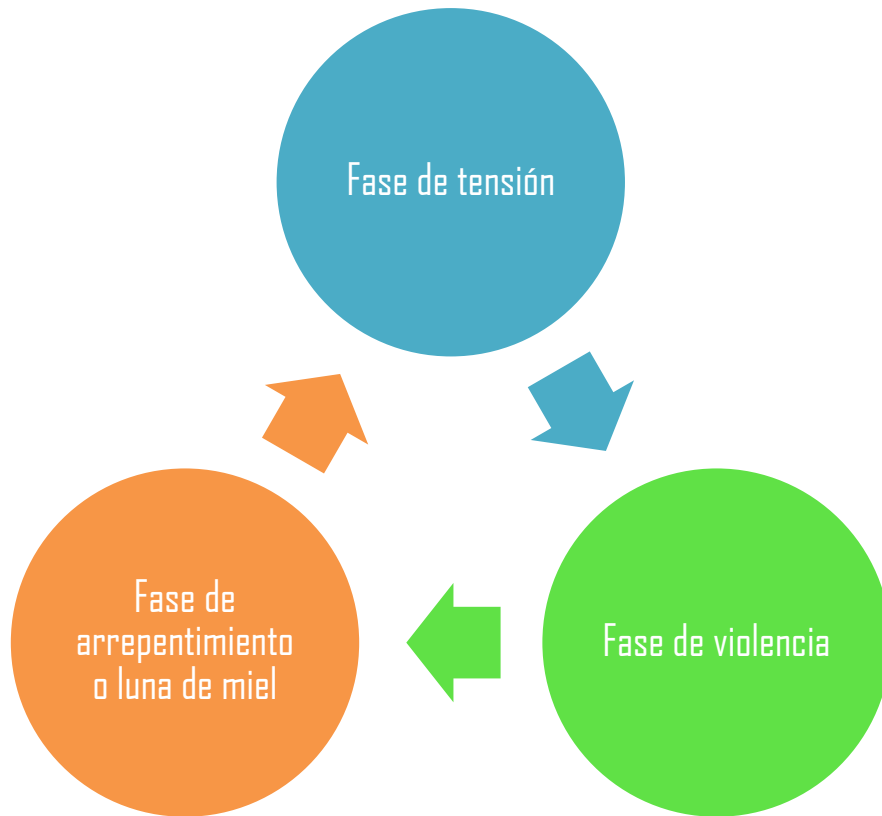
		abandono y agredidos.	edad y promoción de sus derechos.
Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)		Área de Fortalecimiento a la Familia.	Dotación de recursos técnicos y financieras a las familias víctimas de VIF y pobreza.
Instituto Nacional de Seguros (INS)		Prevención de accidentes de tránsito.	Campañas masivas
Instituto Nacional de Aprendizaje (INA)		Unidad Asesora de la Mujer y Programa de Atención a la Mujer.	Capacitación y formación profesional de la mujer.
Consejo Nacional de la Persona Mayor	Política Pública		Coordina la Comisión para la Elaboración del Plan Nacional Integral de Atención a la Violencia en Personas Mayores.
Consejo Nacional de Rehabilitación	Política Pública. Plan institucional.	Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.	Acciones de promoción y capacitación a población discapacitada. Sensibilización a funcionarios institucionales sobre discapacidad y violencia. Integración de la Comisión de Seguimiento del Sistema Nacional de Atención y Prevención de la VIF.

<p>Defensoría de los Habitantes</p>		<p>Defensoría de la Mujer, Área de Niñez y Adolescencia y Área de Protección Especial.</p>	<p>Atención a personas afectadas por la violencia y canalización de denuncias.</p>
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 6. Fases del ciclo de violencia

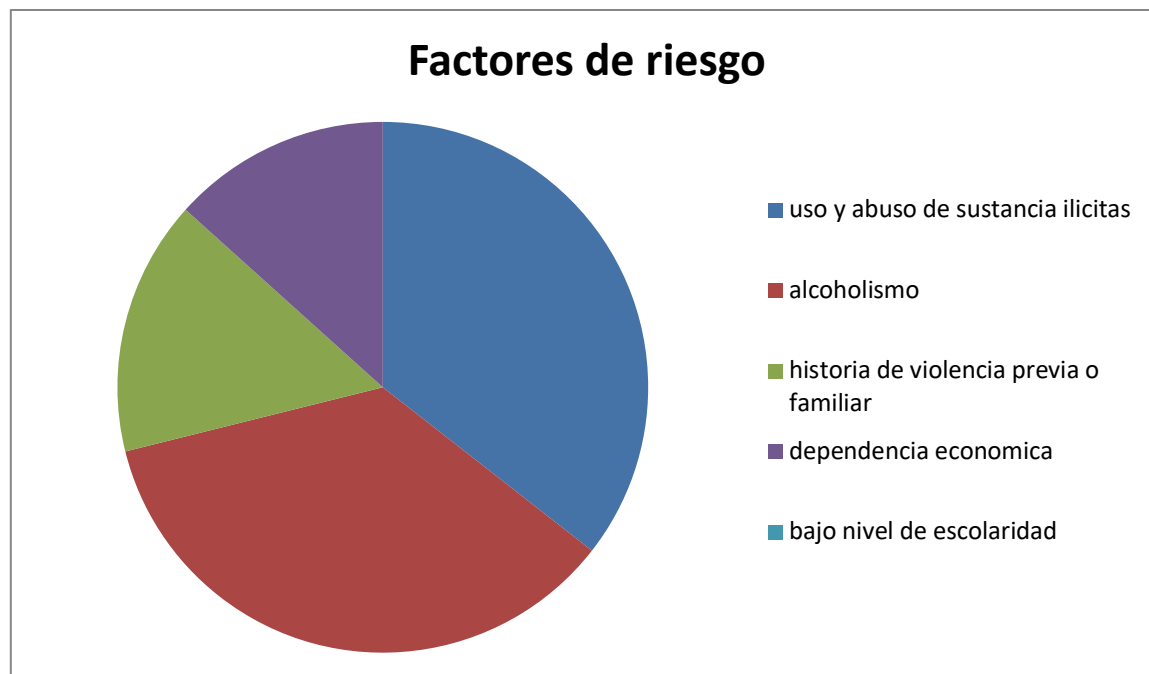
La siguiente figura ejemplifica el ciclo de violencia distribuida en tres partes.



Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 7. Principales factores de riesgo para la violencia

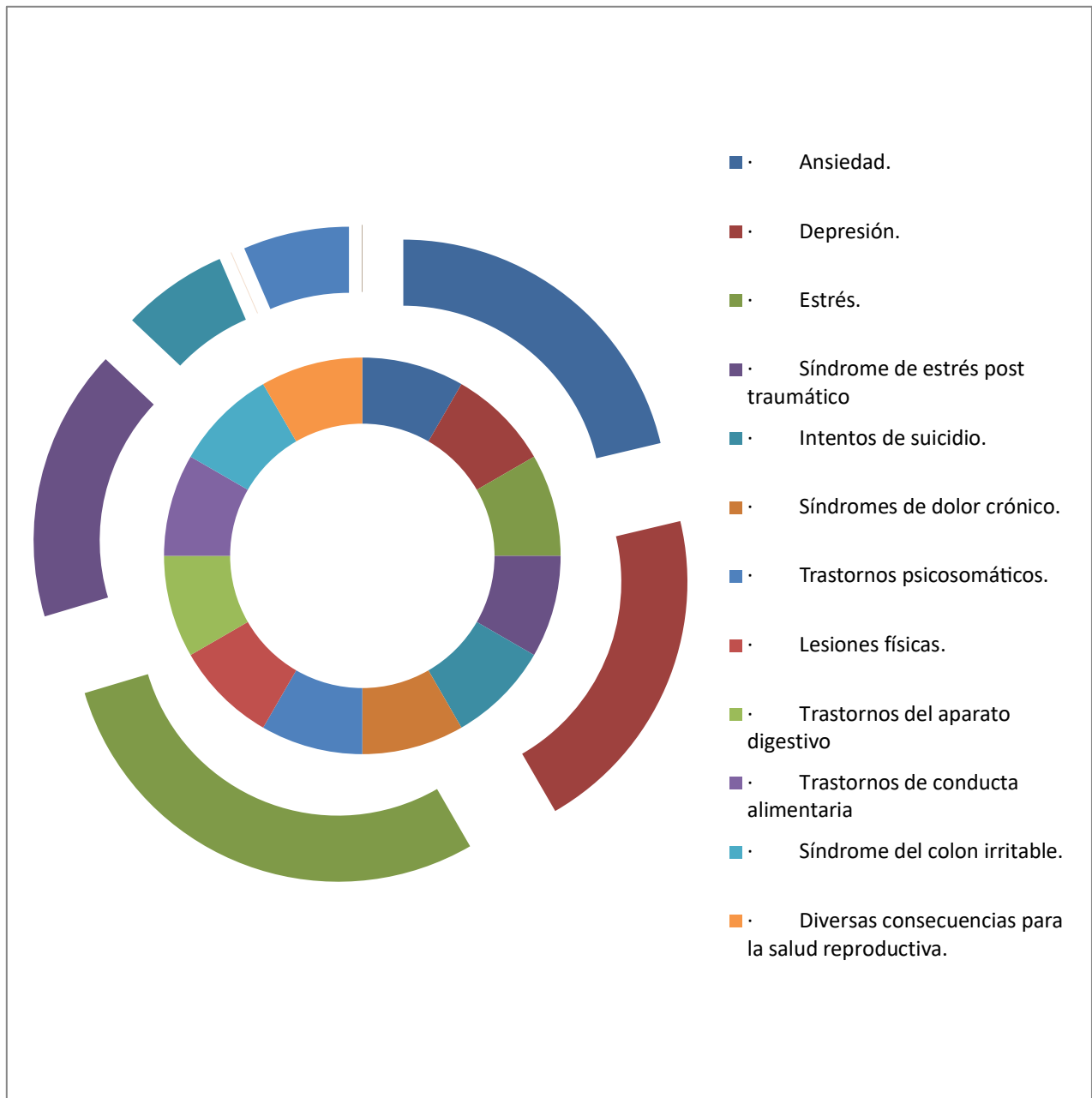
El siguiente gráfico muestra, de manera cualitativa, la distribución de los principales factores de riesgo para la violencia intrafamiliar.



Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 8. Principales secuelas de violencia

A continuación, se muestra un gráfico donde se describen las principales secuelas de la violencia, además de hacerse mención de las secuelas menos frecuentes, pero igualmente importantes.



Fuente: Elaboración propia de la investigadora para efectos del presente trabajo investigativo, 2022

Anexo 9. Boletín informativo



**SALUD
PARA TODOS**

=

**LIBERTAD
DE VIOLENCIA
PARA MUJERES
Y NIÑAS EN
TODA SU
DIVERSIDAD**

¡PONGAMOS FIN A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y NIÑAS YA!

OPS  Organización Panamericana de la Salud  Organización Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE AMÉRICAS

Fuente: Organización Panamericana de la Salud



Fuente: Sistema de Atención de Emergencias 911

Somos de tu
CONFIANZA

¿Tenés dudas en
Orientación e Información
en derechos de las mujeres?

LLAMANOS

800-INAMUCR
(800-4626827)



 **INAMU**
Instituto Nacional de las Mujeres

Fuente: Instituto Nacional de la Mujer (INAMU)