



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Centro de Posgrados

Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**“PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA DE GENERO Y SU
INFLUENCIA EN LA SALUD DE LAS FAMILIAS DEL CENTRO DE
SALUD MARIANO ESTRELLA. 2020-2021”.**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Especialista en Medicina Familiar y
Comunitaria**

Autor:

Pedro Andrés Oñate Álvarez

CI: 0105367296

Correo electrónico: pedro--1407@hotmail.com

Director:

Paulo Andrés Freire Valdiviezo

CI: 0105775076

Cuenca – Ecuador
16-febrero-2022



RESUMEN

ANTECEDENTES. La violencia de género –VG- causa morbilidad y mortalidad. La familia es determinante en la salud, sus relaciones de poder influyen en las causas, manifestaciones y consecuencias de las expresiones violentas. Existe poca investigación cualitativa sobre VG a nivel local y nacional.

OBJETIVO. Conocer las percepciones sobre VG y su influencia en la salud de las familias del Centro de Salud Mariano Estrella, 2020 - 2021.

METODOLOGÍA. Cualitativo fenomenológico con enfoque clínico individual y familiar; participaron nueve pacientes adultos del Centro de Salud Mariano Estrella de Cuenca. Categorías: contextualización biopsicosocial, características de la VG, factores de riesgo para experimentar y perpetrar agresión, influencia de la VG en la salud individual y familiar y, propuestas de prevención de VG. Método: el seguimiento clínico. Técnica: la entrevista clínica con enfoque individual y familiar. Instrumento: el investigador, con un formulario para evaluación de la salud familiar. Interpretación: paradigma interpretativo de la medicina familiar y comunitaria. Informe final: texto, tablas, gráficos, genogramas y fotografías.

RESULTADOS. El contexto influyó en las percepciones. Hubo varios factores de riesgo para experimentar VG, destacando: los métodos de crianza agresivos/maltrato infantil, la normalización de la violencia, el círculo de la VG y, la VG como pauta repetitiva a través de las generaciones. La VG influyó en la salud individual y familiar, a corto y largo plazo. Las propuestas de prevención fueron la comunicación y en el apoyo familiar e institucional.

CONCLUSIONES: La VG influyó en la salud biopsicosocial de las familias; requiere de un abordaje integral.

PALABRAS CLAVE: Percepción. Violencia de Género. Salud Familiar. Modelo Biopsicosocial.



ABSTRACT

BACKGROUND. Gender violence –GV- causes morbidity and mortality. The family is decisive in health, its power relations influence the causes, manifestations and consequences of violent expressions. There is little qualitative research on GBV at the local and national levels.

OBJECTIVE. To know the perceptions about GV and its influence on the health of the families of the Mariano Estrella Health Center, 2020 - 2021.

METODOLOGY. Phenomenological qualitative with individual and family clinical approach; nine adult patients from the Centro de Salud Mariano Estrella in Cuenca participated. Categories: biopsychosocial contextualization, characteristics of GV, risk factors for experiencing and perpetrating aggression, influence of GV on individual and family health, and proposals for the prevention of GV. Method: clinical follow-up. Technique: the clinical interview with an individual and family approach. Instrument: the researcher, with a family health assessment form. Interpretation: interpretive paradigm of family and community medicine. Final report: text, tables, graphs, genograms and photographs.

RESULTS. Context influenced perceptions. There were several risk factors for experiencing GV, highlighting: aggressive parenting methods/child abuse, normalization of violence, the circle of GV, and GV as a repetitive pattern through generations. GBV influenced individual and family health, in the short and long term. The prevention proposals were communication and family and institutional support.

CONCLUSION. The GV influenced the biopsychosocial health of the families; requires a comprehensive approach.

KEY WORDS. Perception. Gender Violence. Family Health. Biopsychosocial Model.



ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I	12
1.1 INTRODUCCIÓN	12
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1 Violencia de género	16
2.2 El enfoque de género y percepciones sobre violencia de género	17
2.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud individual y familiar	18
2.4 La Familia como sistema y el modelo ecológico de la violencia	19
2.5 Evaluación clínica familiar como método de investigación cualitativa	20
CAPÍTULO III	22
OBJETIVOS	22
3.1 OBJETIVO GENERAL	22
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
CAPÍTULO IV	23
DISEÑO METODOLÓGICO	23
4.1 Diseño del estudio	23
4.2 Área de Estudio	23
4.3 Población de estudio	23
4.4 Criterios de selección de los participantes y criterios teóricos y estrategias para saturación de la muestra	24
4.5 Categorías	24
4.6 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información	25
4.7 Control de calidad de la información	25
4.8 Procedimientos	26
4.9 Autorización, capacitación, supervisión del proceso	27
4.10 Plan de interpretación	27
CAPÍTULO V	28
RESULTADOS	28
5.1 Caracterización de las/os participantes de acuerdo a su contexto biopsicosocial	28
5.1.1 Influencia del contexto sobre las percepciones	30
5.2 Profundización en las percepciones sobre violencia de género:	



características y factores de riesgo.....	31
5.2.1 Características de la violencia de género	31
5.2.2 Factores de riesgo individuales para experimentar agresión.....	32
5.2.3 Factores de riesgo de la relación para experimentar agresión	33
5.2.4 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión.....	34
5.2.4 Factores de riesgo para perpetrar agresión.....	35
5.2.5 Reacciones del/la agredida/o frente a la violencia de género.....	36
5.3 Comprensión de la influencia de la violencia de género en la salud individual y familiar.....	37
5.3.1 Influencia de la violencia de género en la salud individual.....	37
5.3.2 Influencia de la violencia de género en la salud familiar	38
5.4 Determinación de propuestas de prevención en violencia de género a partir de las/os participantes	40
5.4.1 Prevención primaria.....	40
5.4.2 Prevención secundaria y terciaria.....	41
CAPÍTULO VI.....	42
DISCUSIÓN	42
CAPÍTULO VII.....	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
7.1 Conclusiones.....	48
7.2 Recomendaciones	48
CAPÍTULO VIII.....	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
CAPÍTULO IX.....	59
ANEXOS	59



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 5.1 Caracterización demográfica individual y familiar de las/os participantes.....	28
Tabla 5.2 Caracterización socio-cultural de las/os participantes.....	29
Tabla 5.3 Caracterización integral –diagnóstico biopsicosocial- de las/os participantes.....	29
Tabla 5.4 Normalización de la violencia y las normas tradicionales de género	30
Tabla 5.5 Formas de expresión de violencia de género.....	31
Tabla 5.6 Factores de riesgo individuales para experimentar agresión	33
Tabla 5.7 Factores de riesgo de la relación para experimentar agresión.....	34
Tabla 5.8 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión	34
Tabla 5.9 Factores de riesgo para perpetrar agresión	36
Tabla 5.10 Reacciones frente a la violencia de género.....	37
Tabla 5.11 Influencia de la violencia de género en la salud individual	38
Tabla 5.12 Influencia de la violencia de género en la salud de los hijos	38
Tabla 5.13 Influencia de la violencia de género sobre la salud familiar.....	39
Tabla 5.14 Propuestas de prevención primaria en violencia de género	41
Tabla 5.15 Propuestas de prevención secundaria y terciaria en violencia de género.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 5.1 Influencia del contexto sobre la percepción de las/los participantes	30
Gráfico 5.2 Círculo de la violencia de género.....	40

ÍNDICE DE GENOGRAMAS

Genograma 5.1 Violencia de género como pauta repetitiva generacional	32
Genograma 5.2 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión.....	35



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Pedro Andrés Oñate Álvarez, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DE LAS FAMILIAS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA. 2020-2021", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 febrero 2022

Pedro Andrés Oñate Álvarez

C.I: 0105367296



Cláusula de Propiedad Intelectual

Pedro Andrés Oñate Álvarez, autor del trabajo de titulación “PERCEPCIONES SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO Y SU INFLUENCIA EN LA SALUD DE LAS FAMILIAS DEL CENTRO DE SALUD MARIANO ESTRELLA. 2020-2021”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 16 febrero 2022

Pedro Andrés Oñate Álvarez

C.I: 0105367296



AGRADECIMIENTO

Al Centro de Salud Mariano Estrella, por ser la unidad de salud que permitió el seguimiento clínico de las y los participantes (pacientes y sus familias) durante el estudio.

Al postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, con su personal docente y administrativo, por aportar con las herramientas teóricas y prácticas necesarias para llevar a cabo la presente investigación.



DEDICATORIA

Abuelita; Papá; Mamá; Hermanas; Hermanos; Sobrino; Compañera de vida; Amigos; Amigas.

A las/os pacientes y sus familias, quienes con el relato de sus experiencias de vida colaboraron para el desarrollo de este estudio.



Las historias nos inspiran, nos dan anclajes en la memoria, nos dan referentes...

Álex Rovira



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La violencia de género –VG- es una de las expresiones humanas que más influye sobre la salud biopsicosocial¹ de las personas (1). Las estadísticas de VG, los factores de riesgo y las consecuencias de la misma están descritas en la literatura mundial (2) (3) (4) (5), también en Ecuador (6) (7). Sin embargo, se conoce poco sobre cómo las experiencias de violencia, a lo largo de los ciclos vitales individual y familiar, son percibidas e interpretadas y cómo influyen en la salud.

Los problemas de salud pueden estar presentes en las dimensiones individual – física y mental-, familiar y social. La práctica clínica diaria demuestra que el abordaje biológico muchas veces debe ser complementado con el análisis de la salud mental, familiar y comunitaria, pues sólo así se puede lograr una valoración integral, biopsicosocial, del ser humano (8).

Basado en la metodología cualitativa, con un enfoque clínico individual y familiar, y en una relación de sujeto-sujeto(s), se ha realizado este estudio sobre violencia de género y su influencia en la salud de las familias del Centro de Salud Mariano Estrella –CSME-, en los años 2020 y 2021. El objetivo fue conocer cómo la VG ha influido en la salud de las/os participantes y sus familias, documentados durante las entrevistas y los seguimientos clínicos.

El fundamento teórico utilizado para la interpretación fue el paradigma interpretativo clínico de la medicina familiar, es decir, la comprensión integral biológica, psicológica y social, de las/os participantes y sus familias.

Los resultados se desarrollaron citando expresiones verbales de las/os

¹ George Engel en 1977 postuló el modelo biopsicosocial de la enfermedad –problema de salud-. El sistema biológico refiere a lo anatómico, estructural, molecular. El sistema psicológico refiere a los factores psicodinámicos. El sistema social refiere lo familiar, cultural y ambiental. Los tres sistemas se interrelacionan e influyen entre sí.



participantes, complementadas con tablas, gráficos y genogramas.

Se espera que el conocimiento generado en este estudio, sirva para sensibilizar al personal sanitario y académico sobre la importancia de abordar la violencia de género desde un enfoque biopsicosocial, desde el humanismo y desde el interés genuino hacia las/os pacientes y sus familias.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la CEPAL² en 2017, en 23 países del Caribe y Latinoamérica se registraron 2 795 asesinatos de mujeres por causas de género (9). En 2019, INEC³ reportó que en Ecuador 64.9% de mujeres han experimentado VG, principalmente afroecuatorianas e indígenas; las expresiones más frecuentes de VG fueron psicológica, sexual, patrimonial y gineco-obstétrica; en todos los niveles de instrucción la VG sobrepasó el 50% (6). Azuay se encuentra entre las provincias con mayor porcentaje de VG en Ecuador. En el CSME de Cuenca, de los 48 casos de violencia que se reportaron en 2018, fueron en su mayoría mujeres adultas jóvenes y medias (10). Durante el confinamiento debido a la pandemia por COVID-19⁴, los índices de violencia de género/de pareja/intrafamiliar, han aumentado en países de todo el mundo (11) y Ecuador no es la excepción (12).

La familia es determinante en la salud de las personas (13), pero a pesar de ello aún es poco estudiada como un influyente del proceso salud-enfermedad (14). La VG es el tipo de conflicto familiar más común a nivel mundial (15). Se ha estudiado que las normas de género se transmiten implícitamente por medio del lenguaje y otros símbolos, como un proceso de educación social, que facilita la perpetuación de conductas que promueven la desigualdad entre géneros y que fomentan la violencia (16).

² Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos.

⁴ Enfermedad por coronavirus de 2019.



En el CSME, las situaciones de violencia se ven reflejadas en diversas situaciones⁵: demanda de atención por agresiones físicas, verbales y sexuales, la no autonomía de las mujeres en la elección de un método de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual en las que el hombre no se somete al tratamiento, el no acceso a los servicios de salud por falta de autorización del cónyuge, la casi absoluta responsabilidad otorgada a la madre en la de salud los hijos, y el pobre acceso a los servicios o subregistro de la población LGBTI⁶. Sin embargo, debido a los limitados tiempos durante la consulta intramural y extramural, no se puede profundizar en las vivencias en VG de los pacientes, sus percepciones y su influencia en la salud biopsicosocial. Entonces el problema de investigación gira entorno a las percepciones de la VG y su influencia en la salud de las familias del CSME. Se planteó la pregunta: ¿cómo influye la violencia de género en la salud de las familias?

1.3 JUSTIFICACIÓN

En Ecuador, los problemas asociados a la VG aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte (6). Para el Sistema Integral de Atención en Salud la investigación en esta temática es prioridad, pues se pretende la restitución de los derechos a la salud y a una vida libre de violencia de género en todo el ciclo vital. Por tanto, cuenta con el área de investigación en lesiones auto-infligidas y violencia interpersonal, con su línea de investigación en violencia (17), amparado en la Constitución ecuatoriana de 2008 (1). Y en la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, se enmarca en las líneas de investigación en salud mental y en salud sexual y reproductiva.

Hay varios estudios con metodología cuantitativa sobre las variables que intervienen en el inicio, mantenimiento y consecuencias de la VG (18) (19) (7), que en nuestro país han sido analizados bajo la perspectiva de la familia tradicional nuclear (7). Sin embargo, al estar la familia en un constante cambio

⁵ Las situaciones nombradas corresponden a las experiencias vividas durante la práctica clínica diaria en el CSME, no existen registros estadísticos de las mismas.

⁶ Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero, Transexuales, Travestis e Intersex.



tanto en su estructura y funcionalidad –como reflejo de la sociedad-, las dinámicas relacionales entre sus miembros, con modelos y roles diferentes a los tradicionalmente conocidos (20), generan diversas formas de poder y manifestaciones de violencia basada en el género. Además, es importante conocer sobre las historias de vida –fenómeno- que hay detrás de los datos estadísticos sobre VG. Fue por ello pertinente emprender esta investigación cualitativa, porque se conoció cómo las percepciones de las vivencias en VG influyeron en el funcionamiento biopsicosocial del individuo y su familia, en su contexto determinado.

La socialización de los resultados del estudio supone un aporte útil para la discusión académica, especialmente en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, al plantear el enfoque clínico individual y familiar como perspectiva metodológica para nuevas investigaciones en VG. La socialización en el plano comunitario servirá para replantear conceptos y creencias sobre VG, y para comprender/abordar de mejor manera el fenómeno de VG durante la atención médica.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 Violencia de género

Violencia es el uso intencionado de la fuerza física, amenazas o coerción, contra uno mismo u otra persona, un grupo o comunidad, que genera daños sobre el proyecto de vida (21). Jean-Marie Domenach la define como el “uso de una fuerza abierta o escondida con el fin de obtener de un individuo o un grupo eso que ellos no quieren consentir libremente”. Pierre Bourdieu plantea el concepto de Violencia Simbólica, como la aceptación e internalización, por parte del dominado, de los esquemas de pensamiento y valoración del dominante, haciendo que la relación de dominación sea invisible (22). El concepto de género fue mencionado por Gayle Rubin para explicar la subordinación de las mujeres como una construcción histórica, social y cultural (23). Entonces, la violencia de género -VG- es todo acto sexista que resulta en un daño biopsicosocial (24), que somete no solo a mujeres y niñas sino a toda persona que no reproduce el patrón dominante de la masculinidad (25). Se clasifica en las variantes de expresión: física, psicológica, sexual, económica, obstétrica, negligencia y maltrato/abuso infantil (26) (Anexo 1). Una persona experimenta varias formas de VG a lo largo de su vida.

La violencia infligida por la pareja –VP- es una de las manifestaciones más comunes de VG (4). La VP puede ser unidireccional⁷ –del perpetrador al agredido-, bidireccional –mutua-, o tomar la forma de "resistencia violenta", en la que la persona agredida contraataca (2) (26). Las acciones de violencia en contra de las personas ajenas al patrón dominante de masculinidad y/o heteronormatividad⁸ forman parte de la VG. Se basan en el deseo de eliminar o castigar las identidades, cuerpos, orientaciones y expresiones que difieren de los roles y normas de género establecidas (28).

⁷ El "terrorismo íntimo", en el que la/el agredida/o en una relación abusiva vive con el temor constante del próximo episodio de agresión, es el paradigma clásico de la violencia de pareja (2).

⁸ Heteronormatividad: forma de ver el mundo a partir de 2 sexos y 2 géneros; la heterosexualidad legitimada como única orientación sexual aceptada socio-culturalmente (27).



La VG trasciende fronteras raciales, socioeconómicas y étnicas. La dinámica psicológica que subyace en todos los tipos de violencia es el poder y control del perpetrador (2).

2.2 El enfoque de género y percepciones sobre violencia de género

La división varón-mujer⁹ como único modelo de organización social y oposición excluyentemente dicotómica, sigue dominando en las sociedades actuales. Tradicionalmente, el término *sexo* refiere a las características anatómicas¹⁰ de una persona, mientras que *género* refiere a las expectativas de comportamiento de mujeres y hombres en base a una posición psicosocial impuesta (29). Por ello, teóricas/os feministas como Christine Delphy, Judith Butler –teoría de performatividad, matriz heterosexual-, Thomas Laquer –contextualización del sexo-, Michael Foucault –leyes socioculturales del sexo- y Teresa de Lauretis –teoría *queer*- han cuestionado la separación entre construcción género y sexo, como conceptos que pueden ser deconstruidos, desplazados y movilizados (30) (31). Reconocer que sexo y género son construcciones, sienta bases para generar espacios de análisis en aras de una sociedad con funcionamientos que sobrepasen el binarismo hombre-mujer y permitan vivir la corporeidad de una manera autónoma (29).

Con estos antecedentes surgió el enfoque de género: conjunto de herramientas y mecanismos en los que se basan las distintas intervenciones –leyes, planes, acciones y programas- para eliminar las inequidades entre los géneros; propone modificar las relaciones culturales, económicas, políticas y socio-históricas de desigualdad entre géneros (32). La falta de información/formación en salud con perspectiva de género lleva a que se medicalice¹¹ situaciones que podrían ser abordadas desde el reconocimiento de patrones tradicionales del patriarcado, como los problemas del estado de ánimo, la ansiedad o las enfermedades físicas

⁹ Binarismo hombre-mujer.

¹⁰ Corporeidad, genitalidad.

¹¹ Medicalización: tendencia a convertir situaciones vivenciales en cuadros patológicos e intentar resolverlos mediante medicamentos, procesos que no son directamente médicos, sino de las relaciones interpersonales, psicológicas, familiares, profesionales y sociales.



con un importante componente emocional, como la fibromialgia o la anorexia nerviosa, que son casi tres veces más prevalentes en mujeres (33).

En varios estudios realizados en los últimos treinta años sobre percepciones de VG, en países de América y Europa se destacan, por un lado, resultados y conclusiones en común –por ejemplo, la normalización y/o el no reconocimiento de la violencia-, y por otro las particularidades que dependen de la región geográfica y del ciclo vital estudiado (Anexo 2) (34) (35) (36) (37) (38). Resalta el hecho de que las personas agredidas suelen no responder afirmativamente cuando son sometidas a encuestas, pero sí en situaciones que involucren conversaciones personalizadas como las realizadas mediante técnicas de estudios cualitativos (35). El estudio de las percepciones ha cobrado interés creciente en las últimas décadas en los ámbitos médico-antropológicos; su significado conceptual ha sido confundido con aspectos como las creencias, actitudes, valores o la cosmovisión de los grupos sociales. Uno de los sesgos más importantes se da cuando la interpretación de los grupos sociales desde su plano sociocultural se confunde con las que tiene que ver con el plano biocultural (39). Una percepción se define como la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, es decir, su conocimiento o idea (40). Así, las percepciones son bioculturales porque dependen de las sensaciones y estímulos físicos, y de su selección y organización cerebral; los significados se forman en base a moldes ideológicos y culturales formados desde la niñez, de manera implícita y simbólica (39).

2.3 Consecuencias de la violencia de género en la salud individual y familiar

Según la OMS¹², salud es el “estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (13). Sin embargo, el concepto salud es más amplio y multidimensional (Anexo 3). La salud es un proceso dinámico, producto de las

¹² Organización Mundial de la Salud.



condiciones sociales y a la vez productora del desarrollo integral individual, familiar y social, en contextos específicos de dinámicas sociales, económicas, políticas, ambientales, culturales y de distribución de los recursos (13).

La VG tiene consecuencias biopsicosociales, que abarcan el espectro desde inmediatas y agudas hasta duraderas y crónicas (Anexos 4 y 5) (18). La gravedad de la agresión se correlaciona con el impacto en la salud: los múltiples episodios y tipos de violencia a lo largo del tiempo son acumulativos y los efectos persisten mucho después de que el maltrato ha terminado (2). Las consecuencias afectan tanto a quien experimenta agresión como a quien la perpetra (41) (2) (42).

2.4 La Familia como sistema y el modelo ecológico de la violencia

Familia es el grupo que origina a la sociedad; sus miembros comparten objetivos más o menos comunes de vida y un parentesco consanguíneo o no; lugar donde cada individuo convive, crece y comparte -enculturación- sus creencias, valores, normas, tradiciones, conocimientos, comportamientos, afectos y experiencias para que, de manera integral, logre un desarrollo pleno en la sociedad (43). “La familia es la institución social a la que debemos nuestra Humanidad” (44). La definición y conceptualización de familia se aborde desde distintas dimensiones (Anexo 6) (35).

Desde sus orígenes, el ser humano ha utilizado sus recursos físicos e intelectuales para la subsistencia, siendo la convivencia grupal una estrategia fructífera para su adaptación. En el establecimiento cada vez más organizado de grupos humanos se establecieron las familias, las cuales han pasado por varias estructuras según la época: salvajismo, barbarie y civilización (45). Con la consolidación de la familia lo hicieron también las relaciones de poder (46). Para el estudio de la familia es importante el abordaje de su estructura (Anexos 7 y 8), de los roles de sus miembros –subsistemas- (Anexo 9) y de las funciones universales de todo núcleo familiar: reproductiva, afectiva, socializadora y protectora (Anexo 10) (43). Cada familia es única, por la forma en cómo se



organizan, las actividades que realizan y las acciones que proyectan, dentro de un contexto histórico, político, socio-cultural y psico-afectivo (43). Las primeras relaciones surgen en el núcleo de la familia (47).

Desde el modelo sistémico, la familia constituye una integralidad; más que la suma de sus miembros, es el conjunto de sus interacciones. Los problemas/síntomas del individuo responden a las falencias en la interacción familiar, a su funcionalidad/disfuncionalidad como sistema (19). El sistema familiar es un constructo microsocial articulado, mediante relaciones desiguales y jerárquicas, con lo macrosocial (47). En la mayor parte del mundo occidentalizado, los cambios demográficos durante las últimas tres décadas han generado modificaciones en la edad promedio de la población y en la estructura de las familias, sus roles, su organización, su demandas dentro de la sociedad y la concepción cultural del parentesco tradicional, estableciendo distinciones entre lo biológico y lo social (48) (49) (20) (Anexo 11), que generan diversas expresiones de VG. Por ejemplo, en familias con parentalidad homosexual –dos madres lesbianas o dos padres gay-, se manifiestan en burlas o acosos - disfrazados de preocupación por una probable pérdida de la masculinidad en los niños y de la feminidad en las niñas- que sufren padres e hijas/os en sus ambientes sociales (20).

Según el modelo ecológico de la VG, los factores individuales, relacionales/familiares, comunitarios y sociales, influyen en el riesgo tanto de experimentar como de perpetrar agresión (Anexo 12) (5) (50). De esta manera, son la sociedad y su núcleo, la familia, quienes mediante la educación y patrones repetitivos estructurales y funcionales, han transmitido estereotipos, costumbres, prejuicios y roles que “deben” desempeñar cada género en una suerte de norma social (16). Comprender estos factores multinivel ayudaría a orientar acciones preventivas (2).

2.5 Evaluación clínica familiar como método de investigación cualitativa

Durante la evaluación de la salud individual y familiar es imprescindible el



conocimiento de los recursos diagnósticos (Anexo 13) y terapéuticos para lograr abordaje adecuado, mismos que pueden servir como técnicas e instrumentos de investigación, pues es durante la entrevista/seguimiento clínico donde se comprende las percepciones y vivencias de los pacientes. Desde el enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria se pueden conocer las causas/consecuencias multidimensionales/biopsicosociales de un fenómeno (51) (52) (Tabla 10).



CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las percepciones sobre violencia de género y su influencia en la salud de las familias del Centro de Salud Mariano Estrella 2020-2021.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a las/os participantes de acuerdo a su contexto biopsicosocial.
- Profundizar en las percepciones sobre violencia de género: características y factores de riesgo.
- Comprender la influencia de la violencia de género en la salud individual y familiar.
- Determinar propuestas de prevención en violencia de género a partir de las/os participantes.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Diseño del estudio

Cualitativo fenomenológico con enfoque clínico individual y familiar, mediante el uso de la entrevista clínica (Anexo 14) como técnica de recolección de la información, que permitió explorar en los constructos familiares y socio-culturales para describir y comprender las experiencias de las personas con respecto al fenómeno de la VG a lo largo de sus vidas. El análisis inductivo partió del paradigma interpretativo (53) de la medicina familiar y comunitaria, es decir, la comprensión biopsicosocial del individuo (51) (52), de acuerdo con el relato de sus vivencias y de la conducta observable durante los seguimientos clínicos.

4.2 Área de Estudio

Centro de Salud Mariano Estrella –CSME-, en la provincia del Azuay-Ecuador, al Noroccidente de la ciudad de Cuenca, parroquia Bellavista, Barrio Lazareto -zona urbana marginal-. Al CSME acuden pacientes de varios lugares de la ciudad de Cuenca que no necesariamente pertenecen al área de cobertura de la institución (10).

4.3 Población de estudio

Pacientes adultas/os, afluencia del CSME, que recibían atención en las modalidades intramural y extramural (13). La muestra fue de máxima variación, pues se buscó mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad y diversidad –coincidencias, diferencias, patrones, particularidades- del fenómeno estudiado (54). La muestra estuvo sujeta a reformulación en el transcurso de la investigación.



4.4 Criterios de selección de los participantes y criterios teóricos y estrategias para saturación de la muestra

Personas adultas -jóvenes, medios y maduros¹³-, pacientes afluencia del CSME, que durante la atención clínica intramural o extramural refirieron haber experimentado VG y/o que durante la misma el investigador pesquisó VG utilizando la pregunta de tamizaje universal del MSP¹⁴ (Anexo 15) (25). Las/os participantes fueron seleccionados por conveniencia según consideración del investigador como fundamentales por sus perfiles para entender la influencia de la violencia de género en la salud, debido a la relación médico-paciente que mantenían previo a la investigación, además que se encontraron en plenas capacidades físicas e intelectuales para consentir su participación en el estudio, excluyendo a quienes desearon abandonar el estudio en cualquier momento. Sin embargo, ninguno desertó del estudio. Siguiendo a Hernández (21), se seleccionó un total de nueve participantes.

Criterios para la saturación: se esperaba que las categorías manejadas fueran nombradas hasta que no aportaran nueva información al ser descritas de similar manera (21). Sin embargo, se reconoció la riqueza de la particularidad en cada relato. Siguiendo a Denzin y Mayan (55), se entendió que una realidad compleja no puede ser completamente capturada, no habiendo un real punto de saturación. Por lo que se continuó con las entrevistas no hasta una saturación, sino hasta cuando se consideró que se podía contar algo relevante y novedoso sobre el fenómeno de la VG.

4.5 Categorías

Se clasificaron en categorías de caracterización y de interpretación, estas últimas basadas y modificadas del modelo ecológico de la VG (Anexo 16).

¹³ Norma Armas describe las edades cronológicas del ser humano en relación a su ciclo vital: adulto joven de los 20 a los 34 años; adulto medio de los 35 a los 49 años; adulto maduro de los 50 a los 64 años (44).

¹⁴ Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género. MSP. 2014.



4.6 Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información

El método fue el seguimiento clínico.

La técnica fue la entrevista clínica con enfoque individual y familiar.

El instrumento de recolección de información fue el investigador, apoyado por un formulario diseñado con herramientas para evaluación de la salud familiar: Genograma¹⁵, cuestionario FF-SIL¹⁶ y Ecomapa¹⁷, complementado con preguntas obtenidas de la Guía de Atención Integral en Violencia de Género del MSP (Anexo 17) (23). Se diseñó con dicha estructura, porque la construcción de genogramas durante la práctica clínica diaria ha permitido recabar datos de la salud familiar y de situaciones de violencia sin necesidad de realizar preguntas directas, lo que fue respaldado durante el plan piloto.

La recolección de la información se complementó con grabaciones de audio de las entrevistas y fotografías de los lugares públicos¹⁸ (55).

Para la transcripción de las grabaciones y de los genogramas, se utilizaron los softwares ATLAS. ti v9 para Windows® y Genopro v. para Windows®, respectivamente.

Para la firma del consentimiento informado se utilizó un documento elaborado para tal fin (Anexo 18).

4.7 Control de calidad de la información

Los verificables correspondieron a los instrumentos de registro de información. El control de calidad ha sido a partir de una triangulación de información, analizando los instrumentos de investigación y las transcripciones aplicadas, contrastadas con la literatura pertinente nacional e internacional y con bases de datos del MSP sobre VG.

¹⁵ Gráfico, en forma de árbol genealógico, con información familiar - estructura, datos demográficos y sus relaciones-, - mínimo tres generaciones- (44).

¹⁶ Instrumento de evaluación cuantitativa y cualitativa de la funcionalidad familiar. Mide las variables: cohesión, permeabilidad, afectividad, roles, armonía, comunicación, y adaptabilidad (44).

¹⁷ Instrumento que identifica las interrelaciones de la familia con el contexto sociocultural -red extrafamiliar de recursos-, como familia extensa, servicios de salud y educación, amigos, etc. (44).

¹⁸ Los Lugares Públicos presentan facilidad de acceso porque no es indispensable solicitar un permiso para acceder a ellos (55).



4.8 Procedimientos

Las/os participantes fueron identificados y seleccionados durante las atenciones intramurales y extramurales del CSME -de lunes a sábado de 08h00 a 17h00-. Se tomó registros de: dirección de la vivienda, número de teléfono, celular y correo electrónico para mantener contacto.

Las entrevistas, que iniciaron previa firma del consentimiento informado, se realizaron entre enero y junio de 2021 durante los días de atención extramural, respetando las normas de bioseguridad para prevención de infecciones respiratorias. Se construyeron durante la realización del genograma y complementaron con los otros recursos del formulario, acompañadas con las grabaciones de audio. Se realizaron entre una y dos entrevistas con duración entre 60 a 120 minutos. Se cuidó la confidencialidad de las/os participantes mediante el uso de pseudónimos, sin embargo, algunas/os participantes usaron sus nombres reales; todas/os se codificaron con un nombre y dos iniciales, por ejemplo: Julia HM. Al transcribir los genogramas también se reemplazaron los nombres reales con pseudónimos. Las grabaciones de audio y los genogramas sirvieron sólo para los fines de investigación, se mantienen bajo recaudo del investigador. Las fotografías de los lugares públicos se tomaron en diversos días durante el desarrollo del estudio.

Cuando la/el participante requirió valoración clínica, se realizó anamnesis, examen físico y solicitud de exámenes complementarios según necesidad, usando los recursos del MSP. El seguimiento clínico continuó independientemente de la necesidades planteadas en los objetivos.

La capacitación del investigador se llevó a cabo previo a la recolección de la información. Se realizó pilotaje de los instrumentos utilizados, además de la retroalimentación con el director y tutor de este estudio, y de los médicos familiares tutores de la Universidad de Cuenca.



4.9 Autorización, capacitación, supervisión del proceso

Previo al inicio de la investigación se solicitó permiso a las autoridades académicas y de salud: al Centro de Posgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, a la Comisión Académica de la especialidad, al COBIAS¹⁹, al MSP representado por los Distritos de la zona y la administración técnica del CSME. El investigador tuvo varias vías de capacitación - tutorías de Investigación, de salud familiar y de medicina familiar- para garantizar la calidad de la investigación.

4.10 Plan de interpretación

Se utilizó el software ATLAS. ti v9 para Windows: 1. se organizaron las categorías y subcategorías de estudio; 2. se transcribieron las grabaciones de audio; 3. se realizaron varias lecturas de las transcripciones a la vez que se codificaban fragmentos de texto que servirían como citas en los resultados; 4. se asignaron notas dentro de las categorías que serían usadas para la discusión. Este procedimiento se realizó a la par que se continuaban con las entrevistas hasta terminar con las/os nueve participantes. Los genogramas registrados en los formularios se transcribieron a digital usando el software Genopro v. para Windows, los nombres fueron cambiados excepto de las/os participantes que decidieron usar sus nombres reales. Las citas se construyeron bajo la subjetividad de las/os participantes, al igual que los genogramas, sin embargo, estos últimos junto con la tabla de caracterización de diagnósticos, se complementaron con la información objetivada durante los seguimientos clínicos. Para elaborar el reporte final de la investigación se utilizó el software Microsoft® Word. La información se expuso mediante texto –citas-, tablas, gráficos, genogramas y fotografías.

¹⁹ Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud.



CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1 Caracterización de las/os participantes de acuerdo a su contexto biopsicosocial²⁰

Las entrevistas se realizaron en Cuenca (Anexo 19) entre enero y junio de 2021. En el contexto social resaltó la pandemia por Covid-19. Ecuador se encontraba en un período de transición política y económica, caracterizada por recortes presupuestarios, corrupción, aumento de las tasas de desempleo y pobreza, escasez sanitaria y cambios en los poderes estatales. Las/os participantes se caracterizaron por su heterogeneidad individual –biológica y psicológica-, familiar y social... histórica y actual. La mayoría fueron familias nucleares con desestructuración (Tablas 5.1, 5.2 y 5.3).

Tabla 5.1 Caracterización demográfica individual y familiar de las/os participantes

Nombre del/la participante*	Identidad de Género	Orientación sexual	Ciclo vital individual y edad	Tipo de familia	Ciclo vital familiar	Lugar de residencia
Rosita MK	Femenino	Heterosexual	Adulto medio, 35 años	Nuclear monoparental, ensamblada, desestructurada	Hijos adolescentes	Urbano-marginal
Priscila GB	Femenino	Heterosexual	Adulto joven, 26 años	Nuclear biparental	Plataforma de lanzamiento	Urbana
Christian OV	Masculino	Heterosexual	Adulto joven, 30 años	Persona sola	Independencia	Urbana
Mariana CH	Femenino	Heterosexual	Adulto maduro, 59 años	Nuclear monoparental, desestructurada	Plataforma de lanzamiento	Rural
Andrea BA	Femenino	Heterosexual	Adulto joven, 25 años	Nuclear biparental, ensamblada	Hijos adultos jóvenes	Rural
Lucía CM	Femenino	Heterosexual	Adulto maduro, 42 años	Nuclear monoparental, desestructurada	Hijos adolescentes	Urbana
Soveida AR	Femenino	Heterosexual	Adulto maduro, 54 años	Nuclear monoparental, ensamblada, desestructurada	Hijos adolescentes	Urbana
Catalina OA	Femenino	Bisexual	Adulto joven, 21 años	Nuclear biparental	Hijos pequeños	Urbana
Ismael NA	Masculino	Heterosexual	Adulto joven, 21 años	Nuclear biparental	Hijos pequeños	Urbana

Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por los/las participantes.

²⁰ El contexto es el conjunto de circunstancias que rodean a una situación o fenómeno; refiere a las características biológicas, psicológicas y familiares/sociales. Supone el primer paso de interpretación de las experiencias relatadas y permite comprenderlas de mejor manera. Pone al lector en consonancia con el contexto espacial, temporal, demográfico y social de los participantes, durante la realización del estudio.



*Algunos nombres e iniciales son pseudónimos.

Tabla 5.2 Caracterización socio-cultural de las/os participantes

Nombre del/la participante*	Instrucción académica	Ocupación	Estado civil	Identificación étnica	Religión
Rosita MK	Secundaria incompleta	Subempleo, tareas domésticas	Divorciada	Mestiza	Cristiana
Priscila GB	Superior cursando	Estudiante	Soltera	Mestiza	Católica
Christian OV	Superior	Médico, tareas domésticas	Soltero	Mestizo	Sin religión
Mariana CH	Primaria incompleta	Reciclaje, tareas domésticas	Divorciada	Mestiza	No respondida
Andrea BA	Superior cursando	Estudiante	Soltera	Mestiza	No respondida
Lucía CM	Secundaria	Decoradora, tareas domésticas	Divorciada	Mestiza	Católica
Soveida AR	Primaria incompleta	Subempleo, tareas domésticas	Divorciada	Mestiza	Católica
Catalina OA	Secundaria	Tareas domésticas	Soltera	Mestiza	Católica
Ismael NA	Secundaria	Obrero	Soltero	Mestizo	No respondida

Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por los/las participantes.

*Algunos nombres e iniciales son pseudónimos.

Tabla 5.3 Caracterización integral –diagnóstico biopsicosocial- de las/os participantes²¹

Participante*	Biológico	Psicológico	Familiar y Social
Rosita MK	Hipotiroidismo Intestino Irritable Dolor pélvico ITS Abuso de alcohol y tabaco	Depresión y ansiedad	Desestructuración familiar Pobreza por ingresos Desempleo Violencia intrafamiliar
Priscila GB	Glucosa alterada en ayunas ITS	Depresión (p)	Crisis normativa del desarrollo Violencia en familia extensa
Christian OV	Hipotiroidismo Síndrome de Addison	Depresión (p)	Crisis normativa del desarrollo Violencia en familia de origen
Mariana CH	Obesidad Dolor pélvico Intestino Irritable ITS	Depresión y ansiedad	Desestructuración familiar Pobreza por ingresos Desempleo Violencia intrafamiliar
Andrea BA	Control	Ninguno	Violencia intrafamiliar (superada)
Lucía CM	Cefalea debido a tensión Hiperprolactinemia	Depresión y ansiedad	Desestructuración familiar Violencia intrafamiliar
Soveida AR	Obesidad	Depresión y ansiedad	Desestructuración

²¹ Algunas/os participantes ya tenían diagnósticos establecidos, mientras que otras/os fueron hechos durante el transcurso de la investigación.

	Hipotiroidismo ITS Intestino Irritable		familiar Violencia intrafamiliar
Catalina OA	Hipotiroidismo subclínico Dolor pélvico ITS	Depresión y ansiedad (p)	Crisis no normativa del adición (superando) Violencia intrafamiliar
Ismael NA	Quiste de epidídimo ITS	Depresión y ansiedad (p)	Crisis no normativa del adición (superando) Violencia intrafamiliar

Elaborado por el autor. Basado en la información del seguimiento clínico de las/los participantes.

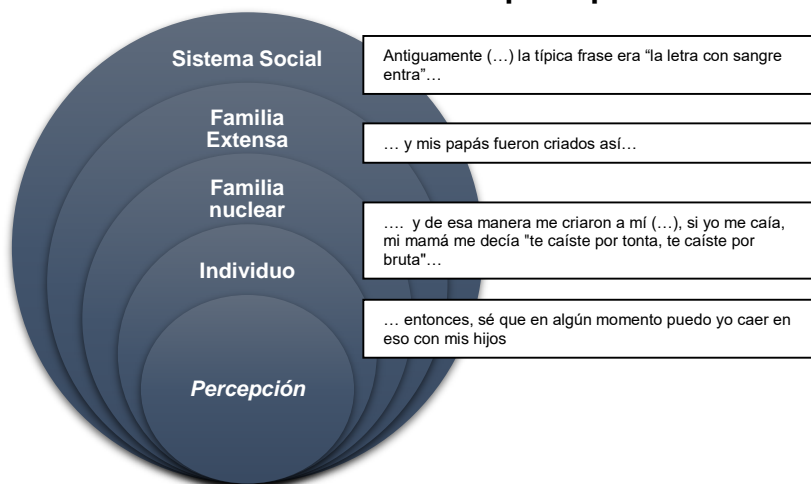
*Algunos nombres e iniciales son pseudónimos.

Abreviaturas: (p): diagnóstico presuntivo; ITS: infecciones de transmisión sexual.

5.1.1 Influencia del contexto sobre las percepciones

Se conoció cómo la particularidad de una percepción fue influenciada por el contexto histórico-cultural y familiar en el cual la/el participante se ha desarrollado (Gráfico 5.1), resaltando la normalización de la violencia y las normas tradicionales de género (Tabla 5.4).

Gráfico 5.1 Influencia del contexto sobre las percepciones



Elaborado por el autor. Basado en el relato de Lucía CM, sobre cómo resuelve los conflictos con sus hijos.

Tabla 5.4 Normalización de la violencia y las normas tradicionales de género

Participante	Subcategoría	Cita
Priscila GB	Normalización de la violencia	A veces, uno no se da cuenta que está viviendo situaciones de violencia (...), estás muy vulnerable a vivir esas situaciones y las percibes como normales (...). Has crecido en un entorno en el que no (...) ha sido visible [la violencia].
Christian OV	Normas tradicionales de género	En las mujeres, como normalizando (...), sufriendo y normalizando (...) el ser agredidas (...); como que es normal al inicio de la relación, que poco a poco va a ir mejorando (...). Incluso había infidelidad (...) decían [mis tías] que así son los hombres (<i>sobre violencia en los hermanos de su padre</i>).



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por los/las participantes.

5.2 Profundización en las percepciones sobre violencia de género: características²² y factores de riesgo

5.2.1 Características de la violencia de género

Diversas formas de expresión de VG –sexual, física, psicológica, maltrato infantil, violencia de pareja, violencia intrafamiliar- experimentaron las/os participantes, por varios perpetradores, a lo largo del ciclo vital individual y familiar (Tabla 5.5) (Genograma 5.1) (Anexo 20).

Tabla 5.5 Formas de expresión de violencia de género

Participante	Subcategoría	Cita
Mariana CH	Sexual; violencia de pareja	El doctor ginecólogo me hizo la <i>Papanicolau</i> y me dijo que tenía infección, me mandó unas pastillas cada 12 horas (...), pero no le puedo dar porque él [pareja] no cree en esas cosas (...), ni de decirle siquiera, porque es tremendo.
	Física; violencia intrafamiliar	Mi hijo es violento, me pegó.
	Psicológica; violencia intrafamiliar	El chico [mi nieto] vivió aquí conmigo, también me faltó al respeto (...). Me insultó, palabras tan, que yo prefiero que me dé un chirlazo, que me deje botando al piso, como que me insulte (...), la forma altanera que él dice a uno le lastima.
Soveida AR	Psicológica, física, sexual, maltrato infantil; violencia intrafamiliar y de pareja	Es lo peor que puede suceder, el criarse con otras personas y sobre todo cuando esas personas a uno le han menospreciado de lo peor, y haber hasta tenido abuso sexual (...). Después añoré conocer a mi hermano, llevarme con él (...), total mi hermano me defraudó tan feamente (...). Pienso que por eso después fracase como madre, como esposa, separándome de mi esposo, conociendo a otra persona (...), en una relación (...) dañina (...) en todo sentido.

Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por las/os participantes.

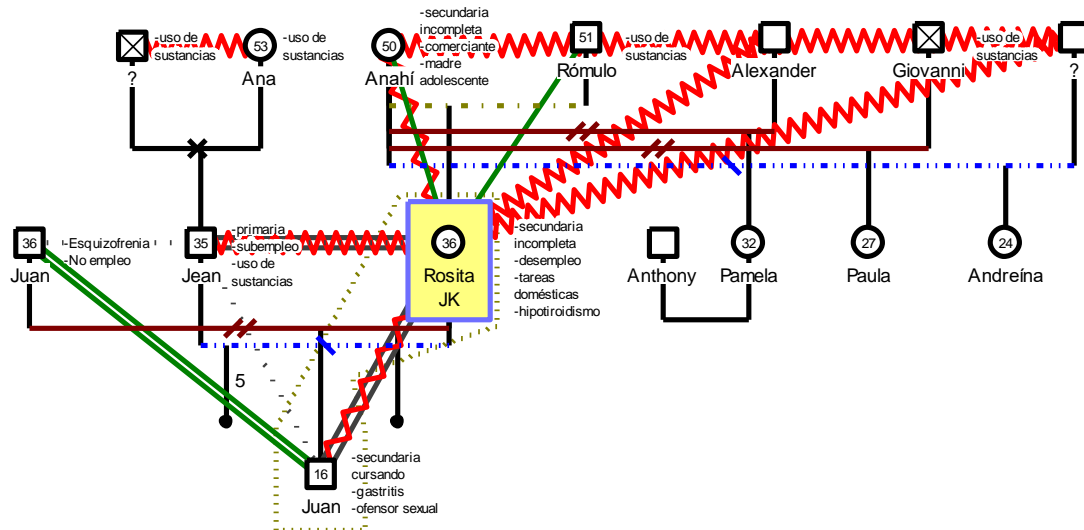
El significado otorgado a una determinada forma de VG, por ejemplo física, abarcaba más de una dimensión:

[La violencia psicológica] se vuelve muy física, o sea, no hay el golpe ¿no cierto? pero es tanta la agresión psicológica que termina convirtiéndose en física cuando afecta a la salud de la persona (...), y al revés, la física se convierte en psicológica (Lucía CM).

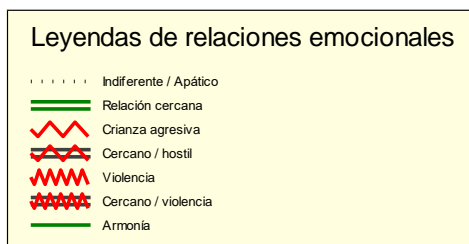
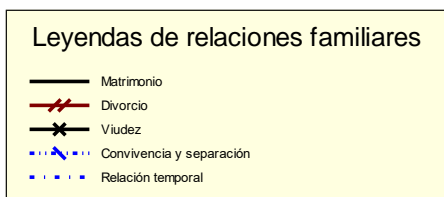
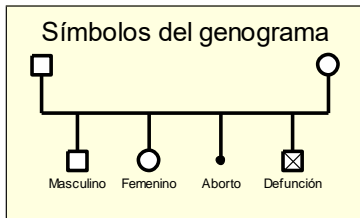
²² Referidas a las formas de expresión de VG, a sus significados otorgados y a su perpetuación temporal.

La VG como pauta repetitiva en el tiempo y a través de las generaciones, se reconoció en las familias (Genograma 5.1) (Tabla 5.5) (Anexo 20).

Genograma 5.1 Violencia de género como pauta repetitiva generacional²³
 Familia JK. Cuenca 5 mayo 2021.



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Rosita JK.
 Abreviaturas: DM2: diabetes mellitus 2; HTA: hipertensión arterial; postqx: postquirúrgico; (p): diagnóstico presuntivo.



5.2.2 Factores de riesgo individuales para experimentar agresión

El ser mujer, la edad temprana –menor de 24 años-, el haber presenciado violencia durante la niñez, el desempleo o pobreza, los antecedentes de depresión y el uso de sustancias, influyeron en la probabilidad de experimentar VG. Resaltaron además los métodos de crianza agresivos recibidos durante la

²³ En los genogramas se dibujó la violencia con rojo, independientemente si fue pasada o presente, debido a que las secuelas persistían a pesar de haber cesado la misma.



niñez, por parte de sus padres y/o cuidadores, dentro del núcleo familiar o fuera de él -cuando crecieron separadas/os del mismo- (Tabla 5.6).

Tabla 5.6 Factores de riesgo individuales para experimentar agresión

Participante	Subcategoría	Cita
Andrea BA	Haber presenciado violencia durante la niñez	Nunca se golpearon ninguno de los dos, pero mi padrastro era agresivo con él mismo, se golpeaba la cabeza o lanzaba el carro (...). Ambos [mi madre y mi padrastro] se insultaban. Tengo recuerdos de que estaban peleando [mi madre y mi padre], ellos sí a puñetes.
	Mujer de edad temprana (<24 años)	Me acuerdo que un chico con el que salía [en el colegio], este sí me controlaba la manera de vestir (...) me dijo "te vas a arrepentir", y le sentí como amenaza de algo malo que me va a hacer.
Lucía CM		Comencé la parte de la violencia psicológica y de género, ya desde la universidad, con esta relación que duró casi dos años, con un novio.
Mariana CH	Antecedentes de depresión	Tomaba pastillas para la depresión (...) estaba en seguimiento con la psicóloga (...) yo misma me retiré.
	Desempleo/pobreza	Reciclaje, porque yo sí ando reciclando, quehaceres domésticos también (...).
Rosita JK	Uso de sustancias	Si yo estaba con tragos, yo le quería matar porque me acordaba cómo él [mi pareja] me pegaba.
	Métodos de crianza agresivos/maltrato infantil	Ella me pegaba muy feo, me trataba muy mal (...), mi mami me hacía horrores.
Lucía CM		Nunca puedo decir que con mi mami yo tuve una relación feliz, porque mi mamá fue (...) muy exagerada en algunas cosas y me hacía muy minúscula (...) Hay cosas (...) que me afectaron (...) mi autoestima (...) con eso del ser tonta, "eres bruta, eres esto, no vas a poder".
Soveida AR		Es lo peor que puede suceder, el criarse con otras personas y sobre todo cuando esas personas a uno le han menospreciado de lo peor, y haber hasta tenido abuso sexual (...).

Elaborado por el autor. Basado en los relatos brindados por las/os participantes.

5.2.3 Factores de riesgo de la relación para experimentar agresión

Fue común la dominación y el control de la relación por parte del hombre, tanto en la violencia infligida por la pareja como en la violencia intrafamiliar. El ejercicio del poder se manifestaba mediante –y sobretodo- el uso de la fuerza física y dominación verbal (Tabla 5.7).

**Tabla 5.7 Factores de riesgo de la relación para experimentar agresión**

Participante	Factor de riesgo de la relación	Cita
Rosita JK	Dominación y control por el hombre	Él [mi pareja] me pegó (...), me había fracturado la costilla, tenía hematomas en la cabeza.
Lucía CM		Mi papá comenzó a ser una persona muy mal hablada (...), se pegaba con las cosas (...). Era imponer miedo.
Mariana CH		Cuando introduce [relación sexual] me duele bastante, adentro, siento una molestia terrible (...). Por eso el doctor me dijo "tiene que obligarle a él [mi pareja] que se ponga la crema, para que lubrique", pero él dice "no, no, yo no soy enfermo, yo no soy nada".

Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por las/os participantes.

5.2.4 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión

Fueron relatadas situaciones de crianza fuera del núcleo familiar o en una familia con disfuncionalidad/desestructuración, violencia o con métodos de crianza agresivos (Genograma 5.2) (Tabla 5.8) (Anexo 20). Resaltaron también las nociones de honor masculino y las normas tradicionales de género –como la dominación del hombre y la sumisión de la mujer-. Además, el bajo estatus educativo, económico y laboral (Tablas 5.2 y 5.8).

Tabla 5.8 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión

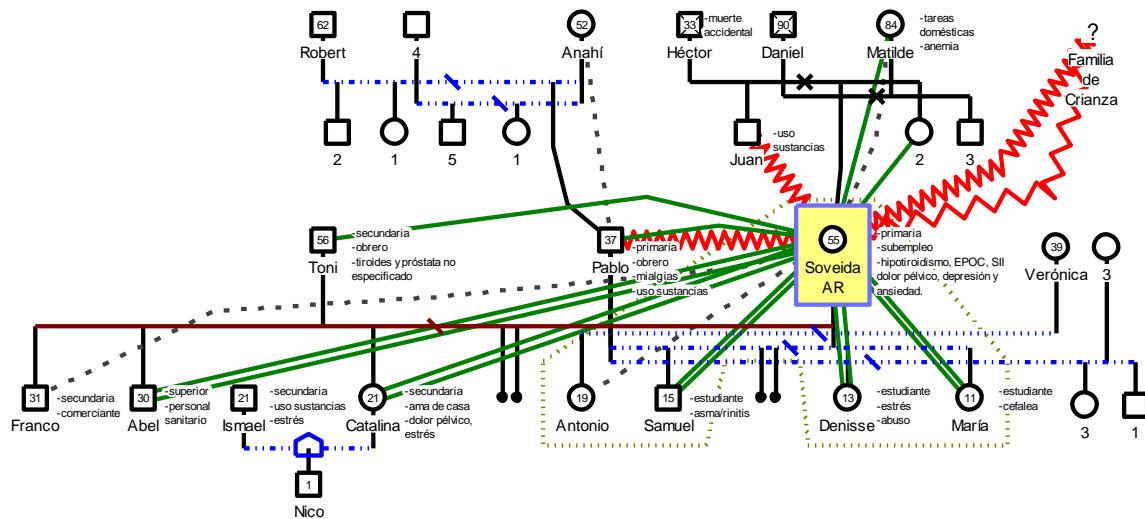
Participante	Factor de riesgo familiares, comunitarios y sociales	Cita
Soveida AR	Haber crecido separada del núcleo familiar	Prácticamente nunca tuve una familia (...). Mi mamá me había regalado a otra familia (...). Viví allí hasta los veinte años (...). Siempre me hicieron sentir como que yo no valía nada.
Ismael NP	Nociones de honor masculino	A mí me decía [mi padre] que los hombres no lloran, que "si tú lloras eres un maricón, sólo las mujeres lloran, no puedes estar llorando porque tú eres mi hijo".
Mariana CH	Dominación del hombre y sumisión de la mujer	Cuando introduce [relación sexual] me duele (...). Por eso el doctor me dijo "tiene que obligarle a él que se ponga la crema, para que lubrique", pero él dice "no, no, yo no soy enfermo, yo no soy nada".
	Bajo estatus educativo, económico, laboral	Quehaceres domésticos, pero también reciclo... las dos cosas.

Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por las/os participantes.

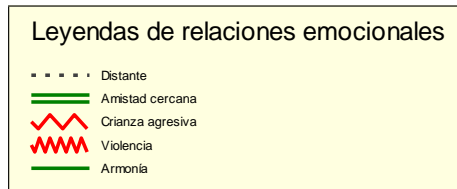
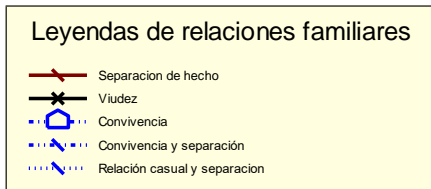
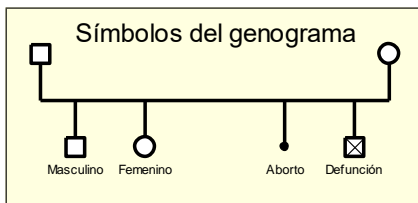


Genograma 5.2 Factores de riesgo familiar, comunitario y social para experimentar agresión

Familia AR. Cuenca 26 junio 2021.



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Soveida AR. Abreviaturas: EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SII: síndrome de intestino irritable.



5.2.4 Factores de riesgo para perpetrar agresión

Quienes perpetraban la VG en general eran hombres adultos, con antecedentes de violencia intrafamiliar durante la niñez –experimentada u observada- (Tabla 5.9). La historia de abuso de sustancias fue el rasgo común para la ocurrencia de VG en sus diversas formas y entre las diversas relaciones: entre pareja, de padres a hijos, de hijos a padres, etc. (Tabla 5.9).

**Tabla 5.9 Factores de riesgo para perpetrar agresión**

Participante	Factor de riesgo para la perpetración	Cita
Christian OV	Haber presenciado o experimentado violencia durante la niñez	[Mis padres] llegaban al golpe en el pasado (...). En la mayoría de veces yo recuerdo que era, así, de mi papá a mi mamá; y tal vez alguna vez fue, cuando él estuvo ebrio, al revés.
Rosita JK		El papá [de mi pareja] (...) ha sabido usar alcohol y le ha sabido pegar mucho a la mamá.
Mariana CH	Uso de sustancias	Es un polvito blanco, a veces una hierba como el orégano (...), a veces se mete [mi hijo] esa cosa del zapato, la pega (...); a veces viene borracho y es peor (...), gritando, insultando (...); rompe las cosas, me dice "hija de puta, chucha madre".
Lucía CM		Nunca me imaginé que él [mi padre] estaba ya volviendo a consumir, y en grados muy fuertes, el alcohol ¿cómo comencé a comprender yo? cuando su comportamiento de agresividad fue contra mí, y él comenzó a ser agresivo conmigo, muy agresivo, y comencé a ver esa actitud agresiva cuando también estaban mis hijos.

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/os participantes.

También se conoció de la agresión ejercida por la mujer sobre el hombre:

Muchos gritos (...) una vez hasta le pegué [a mi pareja] (...). Insultos (...) eran peleas muy feas (Catalina OA).

5.2.5 Reacciones del/la agredida/o frente a la violencia de género

Como reacción directa frente ante un acto violento destacó la devolución de la agresión. Como reacción mediata resaltó la sumisión o pasividad en la búsqueda de ayuda; los argumentos para no buscar ayuda fueron miedo y vergüenza de la opinión social, la culpa, la necesidad económica y afectiva hacia el perpetrador, y la normalización de la violencia (Tabla 5.10). Mientras que a largo plazo, por un lado han desarrollado sentimientos de hostilidad y posesividad hacia el agresor; y por otro una suerte de reflexión sobre sus vivencias, un aprendizaje de las situaciones experimentadas (Tabla 5.10).

**Tabla 5.10 Reacciones frente a la violencia de género**

Participante	Reacciones frente a la violencia	Cita
Catalina OA	Devolución de la agresión	Yo me enojaba muchísimo (...), le gritaba [a mi pareja], le insultaba, o sea, le trataba feo. Entonces él también me trataba feo.
Priscila GB	Pasividad para buscar ayuda	Sentía que en parte era mi culpa por no cuidar de mí. Y no sé, el miedo a que la gente sepa.
Soveida AR		Tenía miedo, no le denunciaba porque me daba vergüenza (...) de que se enteren que yo era violentada (...), y por necesidad también.
Lucía CM		En mi caso fue reiterativo por el miedo a quedarme sola, el miedo a que otra persona no me acepte.
	Hostilidad, posesividad	Comencé yo a tener mucho más mal carácter con él [mi pareja], mucho más posesiva con él, súper desconfiada con él; antes no había los celulares para bloquear, entonces yo revisaba, siempre estaba pendiente de todo, comencé a estar más pendiente de la vida de él.
Mariana CH		El [mi pareja] tiene otra pareja y él me niega, me niega, me niega; yo me desespero, yo quiero sacarle los ojos (...). Yo lo que quiero es que se muera.
Catalina OA	Reflexión, aprendizaje	Yo le golpee [a mi pareja] (...), le golpeaba, pero eso después me hacía sentir muy mal, porque se supone que yo quiero romper esa cadena.
Lucía CM		Trato de no repetir esos patrones que dejó en mí [mi madre], pero siento que los repito (...) y eso me preocupa (...) quisiera yo mejorar.
Andrea BA		Está bien que muchas personas se divorcien (...), es mil veces preferible que (...) crezcan sin un padre, a que crezcan con un padre maltratador o malo o en situación de violencia.

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/os participantes.

5.3 Comprensión de la influencia de la violencia de género en la salud individual y familiar

5.3.1 Influencia de la violencia de género en la salud individual

La VG influyó en un amplio espectro de afecciones, tanto agudas como crónicas en varias dimensiones: física, psicológica, sexual y reproductiva, y en las conductas de riesgo para la salud (Tabla 5.11). Hubo patologías presentadas en común, por ejemplo, problemas funcionales intestinales, problemas del estado de ánimo, endocrino-metabólicos –llamando la atención la presencia de hipotiroidismo²⁴-, dolor pélvico crónico, y las infecciones de transmisión sexual, además el uso/abuso de sustancias (Tablas 5.3 y 5.11).

²⁴ En la Tabla 5.3 y en los genogramas, observe la presencia de hipotiroidismo en varios participantes.

**Tabla 5.11 Influencia de la violencia de género en la salud individual**

Participante	Influencia de la VG en la salud individual	Cita
Mariana CH	Física	Me ha dolido la barriga (...), se me hincha, hecho piedra, se me acumula y no me suelta los aires. Tengo colitis.
Ismael NO	Psicológica	La psicología que estaba llevando no era buena, el dolor interno, el dolor emocional me estaba consumiendo (...). Hay efectos secundarios (...), cuando te da ansiedad, no sabes qué hacer.
Soveida AR	Sexual y reproductiva	Mi relación con él [mi pareja] ha sido fatal (...), una por la violencia, y otra porque él es una persona bastante mujeriego (...). Siempre hemos tenido disgustos por eso (...), se ha ido con otras mujeres.
Priscila GB		Tricomoniasis (...), me hice ver (...), me mandaron como que unos antibióticos (...) que eran así como que bien fuertes.
Rosita KJ	Conductas de riesgo para la salud	Yo pienso que él [mi pareja] me hizo más daño en la vida que nadie. Entonces yo, por culpa de él, empecé a tomar [alcohol], doctor, demasiado; empecé de nuevo con los pensamiento de suicidarme (...).

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/os participantes.

Sobre la influencia de la VG en la salud de los hijos, se mencionaron problemas intestinales funcionales, problemas del estado de ánimo, mayor riesgo de experimentar violencia, problemas en las actividades escolares (Tabla 5.12).

Tabla 5.12 Influencia de la violencia de género en la salud de los hijos

Participante	Influencia de la VG en la salud individual	Cita
Soveida AR	Salud de los hijos	Los niños prácticamente se criaron viendo la violencia, oyendo gritos, viendo las necesidades (...). Ellos absorbían mi sufrimiento desde el vientre.
Lucía CM		Él [mi hijo] presentaba problemas de dolor de estómago, pero era por la ansiedad y tal vez por el estrés de las situaciones que vivía en casa. Ella [mi hija] también tiene problemas, a veces por la ansiedad y el estrés (...) con el dolor de estómago.
Rosita JK		Él [mi hijo] siempre tenía gastritis (...). Me dijo que soy una mala madre (...) que yo y mi pareja le hemos traumado.
Ismael NP		Mi mami era muy violenta (...). Yo me intenté suicidar a los nueve años (...). Ella se desquitaba con nosotros lo que mi papi le hacía.

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/os participantes.

5.3.2 Influencia de la violencia de género en la salud familiar

La VG influyó sobre todas las funciones universales de la familia. En la función reproductora resaltaron las complicaciones en el embarazo –abortos- y puerperio –depresión-, además las infecciones de transmisión sexual (Tablas 5.3 y 5.13). En la función protectora relataron maltrato y abuso infantil, agresión verbal y



física, y desestructuración familiar (Tabla 5.3) (Genogramas 5.1 y 5.2) (Anexo 20). En la función afectiva destacaron distanciamiento, peleas y abandono del hogar, además dependencia económica hacia el perpetrador. En la función socializadora refirieron las pautas repetitivas de violencia a través de las generaciones (Genograma 5.1) (Anexo 20), pero también el deseo por cambiar la cultura violenta intergeneracional (Tabla 5.13).

Tabla 5.13 Influencia de la violencia de género sobre la salud familiar

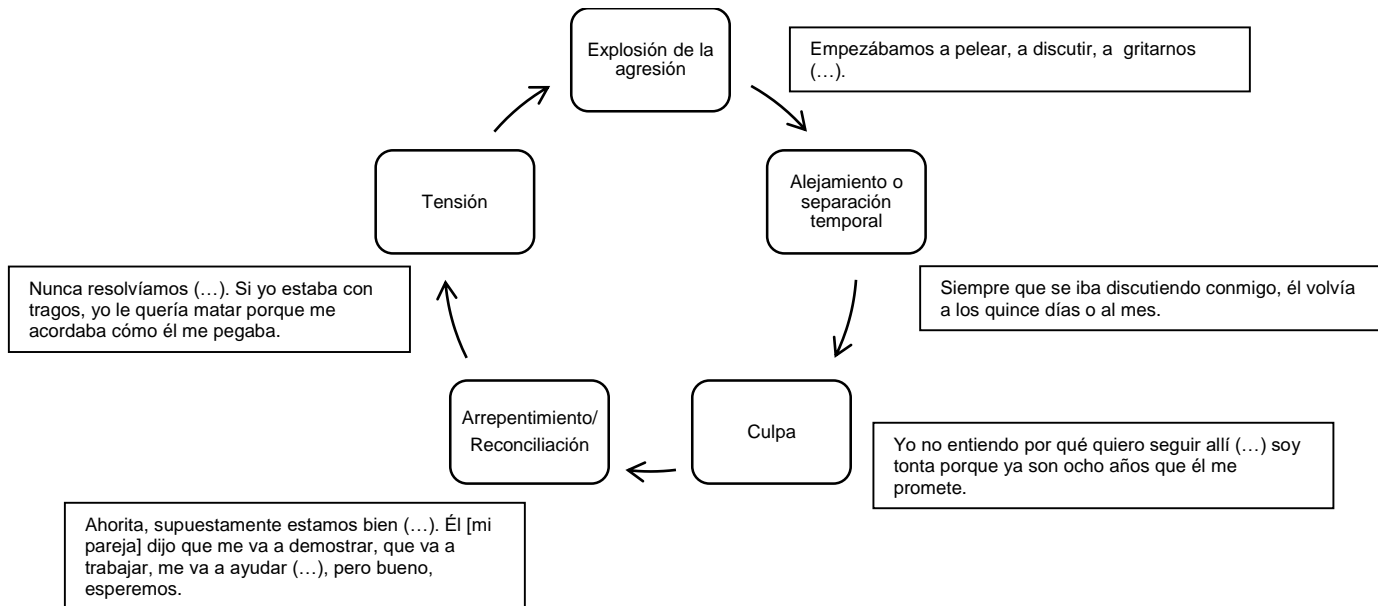
Participante	Función familiar afecta	Cita
Catalina OA	Reproductora	Yo sentí que esa depresión de postparto (...) la llevé sola.
Mariana CH		El doctor ginecólogo me hizo la <i>Papanicolaou</i> y me dijo que tenía infección, me mandó unas pastillas (...), pero no le puedo dar porque él [mi pareja] no cree en esas cosas (...).
Rosita JK		Él [mi pareja] me humilla, me hace sentir mal. En este último aborto que tuve dijo "ni siquiera puedes darme un hijo".
	Protectora	Yo le he sabido tratar mal a mi hijo. Entonces, ahí pienso que él también se traumó.
Soveida AR		Mi relación con él [mi pareja] ha sido fatal (...), una por la violencia, y otra porque él es una persona bastante mujeriego (...). Se ha ido con otras mujeres.
	Afectiva	Si no tuviera mis hijos pequeños, yo donde quiera pudiera estar (...). Pero ahorita es nada más por lo económico, porque quiero que mande [mi pareja] para mis hijos (...). Pero de compañía ya no.
Rosita JK		Él [mi pareja] siempre se larga, viene, se larga, viene.
Lucía CM	Socializadora	Trato de no repetir esos patrones [de violencia] que dejó en mí, pero siento que los repito (...).

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/los participantes.



Destacó el círculo de la violencia como el modelo funcional de perpetuación del fenómeno (Gráfico 5.2):

Gráfico 5.2 Círculo de la violencia de género



Elaborado por el autor. Modificado de MSP, Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida. Basado en relato de Rosita JK, sobre los conflictos con su pareja.

5.4 Determinación de propuestas de prevención en violencia de género a partir de las/os participantes

5.4.1 Prevención primaria

Se mencionó a la educación, desde el ejemplo y desde la comunicación intrafamiliar, como un pilar fundamental para evitar los hechos violentos y promocionar prácticas de vida familiar saludables (Tabla 5.14).

**Tabla 5.14 Propuestas de prevención primaria en violencia de género**

Participante	Propuestas de prevención primaria	Cita
Priscila GB	Educación , ejemplo, comunicación	Debería ser desde casa (...), con amor a los hijos, enseñándoles que todos tenemos derechos, así como deberes (...), pero que siempre debe haber respeto entre las personas; que el amor no significa aguantarte alguna situación que no se ajuste a tus ideales (...). Y por la educación (...) desde pequeños nos enseñen valores (...) sobre inteligencia emocional, sobre psicología (...). El conocimiento es una oportunidad, y pienso que mucha gente (...) ha seguido estancada y durante mucho tiempo porque (...) no ha llegado a tener el conocimiento que necesita para mirar su oportunidad.
Christian OV		Con el ejemplo (...). Yo creo que los niños aprenden viendo especialmente. Entonces ¿cómo le dices a alguien (...) cómo no ser machista, cómo comportarse? (...) si te ve haciendo cosas así.
Catalina OA		Primero, entre nosotros dialogar, o sea, si es que tenemos alguna discusión, ya no ser como antes de que el uno alzaba la voz, el otro alzaba más la voz (...); y segundo, no faltarnos el respeto delante de nuestro hijo (...) porque él así chiquito, sí se da cuenta.

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/los participantes.

5.4.2 Prevención secundaria y terciaria

Se mencionaron por un lado, el apoyo de la familia, y por otro la necesidad de apoyo externo institucional, tanto para la salud biológica, mental-espiritual y familiar. Reconocieron la importancia de recibir tratamiento como sistema familiar, para limitar el daño y rehabilitar o disminuir las consecuencias de la VG (Tabla 5.15).

Tabla 5.15 Propuestas de prevención secundaria y terciaria en violencia de género

Participante	Propuestas de prevención secundaria y terciaria	Cita
Rosita JK	Apoyo externo institucional para el sistema familiar	Siento que necesitamos ayuda los dos (...) una ayuda para mi hijo.
Soveida AR		Buscar un psicólogo para cada uno, porque esto no es de uno, es de un grupo (...) si hay un buen psicólogo yo creo que a todos nos podría ayudar y pudiéramos salir de esto (...) apoyo profesional y (...) espiritual también.
Lucía CM		El trabajo en conjunto (...) con los psicólogos, los trabajadores familiares, los médicos que reconocen que una enfermedad no fue de la nada.
Catalina OA	Apoyo de la familia	Eso de que yo sufrí violencia, no sabía nadie más que él [mi pareja]. Entonces yo pude contar a mi familia y (...) me liberó, me hizo sentir mejor, me hizo quitar un peso de encima.

Elaborado por el autor. Basado en los relatos de las/los participantes.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

Esta investigación fenomenológica con enfoque clínico, en el que se entrevistó a nueve participantes/pacientes del CSME, permitió conocer sobre las percepciones en VG y su influencia en la salud biopsicosocial, en concordancia con los resultados de la literatura médica.

En la caracterización, se reforzó la concepción de que la VG/intrafamiliar se experimenta en todos los grupos etarios, demográficos y socioculturales (6). Al caracterizar las expresiones somáticas, mentales y familiares, es decir, los diagnósticos biopsicosociales, llamó la atención los problemas de salud en común entre las/os participantes, lo que concuerda con la literatura nacional y mundial sobre los problemas de salud en torno a la VG (2) (56).

El contexto histórico, familiar, comunitario y cultural influyó en las percepciones, *“antiguamente (...) la típica frase era “la letra con sangre entra”*. Las normas tradicionales de género del machismo/patriarcado y los métodos de crianza agresivos de padres y/o cuidadores -normalización de la violencia- fueron comunes. Similar a lo que Evangelita (57), cuando al citar a Vázquez y Castro, dice, que la VG tiene un perfil sistémico que remonta a la familia de origen y se incorpora a los hábitos de la persona. Lo que explicaría los altos índices de VG reportados en América Latina por la CEPAL (58), y en Ecuador, donde 6 de cada 10 mujeres han experimentado VG ya sea en la pareja o en el ambiente intrafamiliar (59). Cuenca no es la excepción. Berni (60), en su estudio de percepciones concluyeron que los estereotipos de género/machismo se han transmitido por generaciones, desde los padres y la sociedad, internalizándose en el sistema de creencias. Invita a reflexionar sobre la importancia de la educación y concientización del fenómeno de la VG, su comprensión es el paso inicial para su prevención.

En relación a las características de la VG, las/os participantes experimentaron



varias formas de agresión a lo largo de su vida, por varios perpetradores. Resalta lo importante de reconocer los indicadores de violencia en cada grupo etario, de conocer que la violencia física se puede acompañar de maltrato psicológico, sexual, patrimonial y/o negligencia, y que las personas agredidas por lo general experimentarán múltiples actos de violencia con el paso del tiempo. Así lo indican las Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida del MSP (1).

Entre los factores de riesgo individuales, resaltó el haber experimentado violencia en/desde la infancia, "*Tengo recuerdos de que estaban peleando [mi madre y mi padre]*", por generar un estado de vulnerabilidad para nuevos/repetidos episodios de violencia a lo largo de la vida. La Delegación del Gobierno –España- Contra la Violencia de Género (61), también ha resaltado la relación estrecha entre el maltrato infantil y la VG. El ser mujer y tener edad temprana "*Comencé la parte de la violencia (...) ya desde la universidad*", la pobreza y los problemas de salud mental, concuerdan con la OMS (62) y la ONU²⁵ (63) como relevantes riesgos para experimentar VG.

En los factores de riesgos de la relación, el control/dominación por el hombre fue lo común, y se manifestó en todas las expresiones de VG. También forman parte de la normalización de la violencia y las normas tradicionales de género. Recuerda a lo expresado por Pierre Bourdieu: "el orden social funciona como una inmensa máquina simbólica que tiende a ratificar la dominación masculina en la que se apoya" (64). Por otro lado, las expresiones de agresión infligida de la mujer hacia el hombre también estuvieron presentes pero fueron menos comentadas -normalización de la violencia-. Aunque pudo deberse a que la mayoría de participantes fueron mujeres, el resultado fue similar a lo encontrado por Jiménez y Barba en 2016 (65), quienes concluyeron que la VG de mujeres hacia hombres es menos reconocida.

Entre los factores de riesgo familiar, comunitario y social, destacaron

²⁵ Organización de las Naciones Unidas.



nuevamente los métodos de crianza agresivos/maltrato infantil y haber crecido separada del núcleo familiar, *“Mi mamá me había regalado a otra familia (...). Siempre me hicieron sentir como que yo no valía nada”*. El maltrato infantil se debe considerar un problema de salud pública por su influencia en el desarrollo biopsicosocial. En las situaciones de maltrato infantil se comprendió que existe un vínculo afectivo inseguro con los padres/cuidadores, que provoca que la/el niña/o construya malas relaciones con sus pares y con otros adultos, problemas académicos académicos/recreacionales y trastornos del comportamiento; formando así un círculo vicioso que ha llevado al maltrato de las posteriores generaciones y a la perpetuación del fenómeno de violencia. Se reconoce entonces al maltrato/violencia durante la infancia como relevante factor de riesgo para experimentar violencia ulterior, lo que concuerda con estudios de la OMS (66), que relaciona a la violencia infantil con varios eventos futuros nocivos para la salud. Las nociones de honor masculino y la sumisión de la mujer también estuvieron presentes en esta categoría²⁶.

Como factores de riesgo para perpetrar VG, destacaron el haber experimentado o presenciado violencia durante la infancia y el uso/abuso de sustancias estupefacientes, *“el papá [de mi pareja] (...) ha sabido usar alcohol y le ha sabido pegar mucho a la mamá”*. El primero se explicaría porque, como dicen Martín y Carrasco (67), los modelos interpersonales negativos con los cuidadores primarios se relacionan con el desarrollo de hostilidad, agresión y desconfianza hacia el entorno. Y el segundo, por las alteraciones estructurales y funcionales del sistema nervioso que regulan los pensamientos, emociones y comportamientos [violentos] (68); fenómeno social observado sobre todo en países de ingresos medios y bajos como Ecuador, donde según la OMS (68), las consecuencias del abuso de sustancias se sienten de manera desproporcionada. Martín y Carrasco también encontraron una fuerte asociación entre el consumo de alcohol –y otras drogas- y la conducta violenta (67).

Entre las reacciones frente a la violencia, destacaron la devolución de la agresión

²⁶ Se pudo conocer cómo varios de los factores de riesgo -categorías estudiadas- se interrelacionaron.



y la pasividad para buscar ayuda, estas últimas debidas al miedo, culpa y a la normalización de la violencia, “*sentía que en parte era mi culpa por no cuidar de mí*”. Podría explicarse por diversas creencias socio-culturales. Por ejemplo, en el caso de la devolución de la agresión, que la violencia es la forma de resolver los conflictos; y en la pasividad para buscar ayuda, que la mujer tiene que tolerar la violencia para que su familia siga unida, que las relaciones sexuales y el castigo a la mujer son un derecho del hombre en el seno de pareja (18). Freire en 2019, encontró que una mujer que experimenta agresión por largo períodos soporta el maltrato debido a la dependencia emocional y económica del perpetrador o perpetradores (69). La culpa pudo deberse a las creencias de responsabilidad caracterial y conductual del/a agredida/o (70), y a la anulación de su subjetividad por la violencia psicológica concomitante (71), influidos además por problemas en la salud mental –como depresión y ansiedad- que generan autopercepción de invalidez/desesperanza aprendida²⁷ (73). Por otro lado, los procesos reflexivos a largo plazo expresarían el desarrollo de resiliencia y el deseo de romper la cadena transgeneracional de violencia. Como dice Cordero (72), a pesar del maltrato y adversidades afrontadas, las mujeres encuentran fuentes generadoras de resiliencia y desarrollaron capacidades como autonomía, iniciativa, confianza e identidad, tanto desde su fuerza interior y capacidades interpersonales, como desde el apoyo externo.

Sobre la influencia de la VG sobre la salud individual, además de las consecuencias directas de la agresión, por ejemplo traumatismos e infecciones de transmisión sexual²⁸, destacaron los problemas de salud comunes a largo plazo. Por ejemplo, los problemas intestinales funcionales, síndrome de intestino irritable –SII-, que concuerda con lo propuesto por Antón (74), de que el SII presenta alta prevalencia entre mujeres víctimas de violencia doméstica; víctimas de abuso físico, sexual y emocional en la edad adulta; víctimas de abuso sexual infantil; y adultos expuestos durante la infancia a condiciones severas.

²⁷ Estado de desmotivación en el cual una persona omite respuestas para evitar/escapar de un estímulo nocivo al que ha sido expuesto previamente (73).

²⁸ El no acceder a tratamientos por infecciones de transmisión sexual se convierte en violencia, tal como ampara la ley orgánica para la prevención y erradicación de la violencia de género contra las mujeres en Ecuador.



Probablemente se relacione con la carga alostática²⁹ de los procesos fisiológicos relacionados con hechos estresantes, y la consiguiente vulnerabilidad a enfermedades crónicas (75). ¿Quizá la carga alostática explique también en parte la presencia de hipotiroidismo, depresión y ansiedad encontrada entre las/os participantes? Las conductas de riesgo para la salud, especialmente el uso/abuso de sustancias, se han reportado en estudios nacionales (76) e internacionales (56). En la salud de los hijos se describieron afecciones en su salud física y mental a corto y largo plazo, concordante con lo descrito en otros estudios (56).

La VG influyó en las funciones universales de la familia³⁰. Puede explicarse por la transmisión de prácticas violentas a través de las generaciones –la familia, agente de socialización y aprendizaje individual y grupal de las normas de convivencia (77)- y la sobreprotección, que limita el desarrollo futuro de recursos para afrontar las situaciones de vida diaria (73). Por su parte, la comprensión del círculo de la VG como modelo de perpetuación del fenómeno, debe servir, como dice Quirós, para enfocar las medidas de prevención en VG (73).

En las propuestas de prevención resaltaron la educación y el acompañamiento interno y externo, en las dimensiones individual y familiar. Quirós dice que la capacidad de respuesta –seguir trabajando y estudiando; cuidar de sí mismas/os y de sus hijos; afrontar las creencias familiares, religiosas y sociales- de las personas agredidas, se activaría si la ayuda solicitada es atendida (73). La desesperanza aprendida se replantearía con enfoques de actuación en fortalecimiento personal y familiar a través de: socialización de información y desmitificación de la violencia, empoderamiento y reconocimiento de las capacidades, acceso a la justicia, protección del estado, el apoyo de otras personas y/o instituciones (73), y el replanteamiento de la masculinidad (78) y de los roles familiares (79). En el mismo sentido, Mayor y Salazar destacan la

²⁹ Significa que el cuerpo trata de recuperarse tras un evento estresante pero no le da tiempo porque el estresor sigue activo, de manera que el cuerpo se acostumbra a vivir con esa sobrecarga (76).

³⁰ Tomando en cuenta que lo que lo pasa al individuo le pasa también al entorno en donde este se desenvuelve – sistemas-, se puede comprender por qué el estado de salud individual influyó en el funcionamiento familiar.



importancia de estimular habilidades sociales en la niñez, de fomentar la cultura de relaciones sanas con herramientas para comunicación asertiva y expresión de emociones, y el fortalecimiento de la coeducación³¹ (77). Traduce el valor del acompañamiento del personal sanitario, desde un enfoque biopsicosocial, basado en el respeto de las creencias, decisiones y ritmos de cada individuo y familia.

Limitaciones del estudio. Los genogramas correspondieron a las percepciones de un solo miembro de la familia, lo recomendable es que participe más de un miembro en su construcción. Las percepciones reportadas correspondieron en su mayoría a mujeres, por lo que no se cuenta con mayores detalles de la percepción de los perpetradores, en su mayoría hombres. No se obtuvieron percepciones sobre VG en población LGBTI debido a que no fueron mencionadas por las/os participantes. No se analizó sobre la influencia de la pandemia por Covid19 en la VG. No se desarrolló una interpretación de todas las categorías y subcategorías inicialmente planteadas, debido al límite de palabras que debe contener este estudio para su publicación.

³¹ Educación en la casa y en la escuela.



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

Se reconoció a la violencia de género como un problema de salud biopsicosocial. Respondió a un contexto socio-histórico y cultural que ha propiciado el desarrollo de factores de riesgo tanto para experimentar como para perpetrar agresión y ha influido en la salud individual y familiar en todas sus dimensiones, a lo largo de sus ciclos de vida. Destacaron los métodos de crianza agresivos/maltrato infantil y la normalización de la violencia como relevantes factores de riesgo de VG. El círculo de la violencia y las pautas repetitivas de comportamiento violento, resaltaron como modelos de perpetuación del fenómeno de VG en los sistemas familiares. Sin embargo, las/os participantes/pacientes han continuado con sus actividades de vida diaria; destacaron la importancia del esfuerzo, acompañamiento y apoyo interno y externo en el intento de mejorar su calidad de vida. Por todo eso, la VG requiere de un entendimiento y abordaje/accompañamiento integral biopsicosocial.

7.2 Recomendaciones

Este estudio correspondió a un acercamiento inicial y de comprensión biopsicosocial del fenómeno de la VG, pero no es suficiente, por lo que se sugiere continuar la línea de estudios cualitativos con enfoque clínico en VG: en el conocimiento de las percepciones de los/as perpetradores/as de VG y del personal sanitario responsable del seguimiento clínico de los pacientes y familias que han experimentado VG. También abordar la VG en el contexto pandemia por Covid 19. Por otra parte, será interesante estudiar la relación entre los hechos estresantes a lo largo de la vida –como los generados por la VG- y la presencia de hipotiroidismo, depresión y ansiedad –problemas de salud reconocidos en este estudio-, explicados desde el enfoque de la carga alostática. Además, y sobre todo, se debe trabajar en la aplicación de las propuestas de prevención planteadas, las mismas que deben iniciar desde la práctica clínica



diaria, durante la atención de pacientes y familias con los problemas de salud descritos en este estudio. Pues uno de estos problemas de salud puede ser la puerta de entrada para pesquisar VG, y al revés, la VG como la puerta de entrada para pesquisar varios problemas de salud. Comprendiendo las situaciones de VG y sus influencia en la salud en los diferentes ciclos de vida individual y familiar, se puede lograr un abordaje integral en la atención de las/os pacientes y familias. Se requiere para ello de un abordaje interdisciplinario e interinstitucional.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida [internet]. Quito-Ecuador; 2014 [citado el 27 noviembre 2021] Disponible en: <https://n9.cl/yyt0>
2. Weil A. Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences [internet]. UpToDate. 2020 [citado el 27 noviembre 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/8gtcf>
3. World Health Organization. Global status report on violence prevention 2014 [Internet]. Luxembourg; 2014 [citado el 27 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564793>
4. Annan K, Laureate NP. World report on violence and health: summary [Internet]. Geneva; 2002 [citado el 27 noviembre 2021]. p 44. Disponible en https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
5. Soto Badaui L, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Corporación Andina de Fomento. Marco de abordaje integral para la prevención, atención y reparación de la violencia contra las mujeres y las niñas [Internet]. 2020 [citado el 27 noviembre 2021]. p 8-17. Disponible en: <https://n9.cl/9u2fx>
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres [Internet]. Ecuador; 2019 [citado el 27 noviembre 2021]. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
7. Yina Quintero Z, Rosero Moncayo J, Pimentel Bolaños J. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres [Internet]. Cepal.org. 2016 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7p8cj>
8. Zurro AM, Solá GJ. Atención Familiar Y Salud Comunitaria: Conceptos y Materiales Para Docentes Y Estudiantes [Internet]. 2a ed. Zurro AM, Jodar Sola G, editores. Elsevier; 2018. Disponible en: <https://play.google.com/store/books/details?id=ILFiDwAAQBAJ>
9. CEPAL. Al menos 2.795 mujeres fueron víctimas de feminicidio en 23 países de América Latina y el Caribe en 2017 [Internet]. Cepal.org.; 2017 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/4vn83>



10. Oñate P, Astudillo J. Análisis Situacional Integral de Salud - ASIS Centro de Salud Mariano Estrella, 2018. Cuenca-Ecuador; 2018 [citado el 27 de noviembre de 2021]
11. ONU mujeres. La pandemia en la sombra: violencia contra las mujeres durante el confinamiento [Internet]. Unwomen.org.; 2020 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/r2eo>
12. Morán S. La violencia contra las mujeres, más cruel y más oculta, en la pandemia. Plan V [Internet]. Com.ec. Ecuador; 2020 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/poqwl>
13. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública. Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) [Internet]. Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2018 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/15izs>
14. García Huidobro D. Enfoque familiar en la Atención Primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2010 Nov [citado 2021 Nov 27]; 138(11): 1463-1464. Disponible en: <https://n9.cl/elx8x>
15. Watts C, Heise L, García C. Dando prioridad a las mujeres: recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia de doméstica contra las mujeres [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 1999 [citado 2021 Nov 27]. Disponible en: <https://n9.cl/yupa2>
16. Sirvent T, Coutiño M, Pérez G, César H. El enfoque de género en la educación [Internet]. Atenas, vol. 4, núm. 32, octubre-diciembre, 2015 [citado el 27 de noviembre de 2021]. p. 49-61. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4780/478047208004.pdf>
17. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017 [Internet]. Ecuador; 2013 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <http://www.investigacionsalud.gob.ec/lineas-de-investigacion/>
18. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Consecuencias para la salud [Internet]. 2014 [citado el 27 de noviembre de 2021]. p 2-8. Disponible en: <https://n9.cl/wejrx>
19. Condori Fernández M, Guerrero Martinez R del P. Factores individuales, sociales y culturales que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 64 años de edad en el Centro de Salud Ganímedes San Juan de Lurigancho octubre - diciembre de 2010 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/sq0my>



20. Rubio C, Hawrylak M. Relaciones de parentesco en las nuevas familias. Disociación entre maternidad/paternidad biológica, genética y social. *Gaz antropol* [Internet]. 2015 [citado el 27 de noviembre de 2021];31(1). Disponible en: <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4660>
21. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. *Violencia basada en género: Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado* [Internet]. Primera edición; Lima-Perú; 2017 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/enfo>
22. Martínez Pacheco A. La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio. *Polít. cult.* [Internet]. 2016, n.46 [citado 2021-11-29], pp.7-31. Disponible en: <https://n9.cl/tddl>
23. Yina Quintero Z, Rosero Moncayo J, Pimentel Bolaños J. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador: Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres [Internet]. *Cepal.org*. 2016 [citado el 27 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7p8cj>
24. Cardona JC, Castaño Castrillón JJ, Casas Guerra LP, Cañón Buitrago SC, Godoy García AK, Henao Mendoza DF, et al. Sexismo y concepciones de la violencia de género contra la mujer en cuatro universidades de la ciudad de Manizales (Colombia), 2015 [Internet]. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 31 de diciembre de 2015 [citado el 29 de noviembre de 2021];15(2):200-19. Disponible en: <https://n9.cl/n4b7l>
25. Ministerio de Salud Pública. *Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género*. Quito: MSP; 2014. Disponible en: <http://somossalud.msp.gob.ec/>
26. Asakura H. Articulando la violencia y las emociones: las experiencias de las mujeres migrantes centroamericanas residentes en Houston, Texas. *Sociológica (Méx.)* [Internet]. 2016, vol.31, n.89 [citado 29 nov 2021], pp.197-228. Disponible en: <https://n9.cl/6ev89>
27. Ruz Galindo R. Heteronormatividad y diversidad sexual en la formación del profesorado: Estudio etnográfico en una escuela Normal de la Ciudad de México. *Diálogos sobre educ. Temas actuales en investig. educ.* [internet]. 2020, vol.11, n.21 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/9g1l9>
28. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de los Estados Americanos. *Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América* [Internet]. 2015 [citado 29 nov 2021] Disponible en: <https://n9.cl/x756z>
29. García Granero M. *Deshacer el sexo. Más allá del binarismo varón-mujer* [internet]. *Dilemata. Revista de Éticas aplicadas*; 2017 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/qfkcq>



30. Lerussi R. Matriz heterosexual y matriz heterojurídica. In(ter)vencciones conceptuales feministas para pensar el empleo doméstico [Internet]. Sapere Aude – Belo Horizonte, v.5 - n.9, 1º sem. 2014 [citado 29 nov 2021]. ISSN: 2177-6342. Disponible en: <https://n9.cl/jfdxr>
31. Leal Reyes C. Sobre las Dimensiones del Pensamiento Queer en Latinoamérica: Teoría y Política [Internet]. Aposta. España, Revista de Ciencias Sociales, núm. 70, 2016 [citado 29 nov 2021], pp. 170-186. Disponible en: <https://n9.cl/m375x>
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021. [Internet]. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021; Ecuador; 2017 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/bh9m>
33. AMS: mujeres para la salud. Impacto de la desigualdad de género en la salud de las mujeres [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales. España; 2018 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/ml6pk>
34. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Percepción Social de la Violencia de Género [Internet]. Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales; España; 2013 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/j3lry>
35. Bardina Martín Y, Murillo Quintilla M. Percepción de la violencia de género en el entorno universitario. El caso del alumnado de la Universidad de Lleida [Internet]. Centre Dolors Pierad'Igualtat d'Oportunitats i Promoció de les Dones; Universitat de Lleida; España; 2013 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/lprh3>
36. Luken V de M. Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/l54o>
37. Delgado Alvarez C, Gutierrez García A. Percepción de la violencia de género en personas mayores [Internet]. International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1, núm. 2, 2013 [citado 29 nov 2021], pp. 329-338. Disponible en: <https://n9.cl/8vymv>
38. Molina Rico J, Moreno Mendez, J. Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja [Internet]. Universitas Psychologica, 14(3), 997-1008; 2015 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/hqq4t>
39. Vargas Melgarejo L. Sobre el concepto de percepción [Internet]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal; Alteridades vol. 4, núm. 8, pp. 47-53, México; 1994 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/z91i>



40. Real Academia de la Lengua Española. Percepción [Internet]. Asociación de Academias de la Lengua Española; 2018 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/ffg0q>
41. Ramos Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental?. [Internet]. Salud Ment; 2014 [citado 2021 Nov 29]; 37(4): 275-281. Disponible en: <https://n9.cl/xfaph>
42. Louro Bernal I. Manual para la Intervención en la Salud Familiar [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/iolmw>
43. Oliva Gómez E, Villa Guardiola V. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización [Internet]. Justicia Juris, ISSN 1692-8571, Vol. 10. N° 1. 2014 [citado 2021 Nov 29]; Pág. 11-20. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>
44. Armas N, Díaz L. Entre voces y silencios: las familias por dentro. Guía para el trabajo con familias Ecuador [Internet]. Ecuador; 2007 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/6mnk1>
45. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado [Internet]. Archivo Marx-Engels de la Sección en Español del Marxists Internet Archive; Moscú; 1884 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/q1umg>
46. Membrillo Luna A, Fernández Ortega M, Quiroz Pérez J, Rodríguez López J. Familia: Introducción al estudio de sus elementos [Internet]. 1era Edición; ETM; 2008 [citado 2021 Nov 29]
47. Rodríguez López M, Jiménez Torrado C, Hamodi Galán C. Violencia intrafamiliar desde la perspectiva de género: discurso de víctimas y agresores [Internet]. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, ISSN 1133-6552, N°. 59, 2017, págs. 233-258 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/r2sfm>
48. Instituto de Opinión Pública de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Familia, Roles de Género y Violencia de Género [Internet]. Estudio Familia, Roles de Género y Violencia de Género. Lima: IOP PUCP; 2014 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/mnm7>
49. Molina Sánchez R. Nuevos tiempos, nuevas familias: aproximaciones etnográficas en el estudio de configuraciones familiares contemporáneas [Internet]. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia; Vol 1; 2009; pp. 22 - 45 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/yon0a>
50. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: panorama general [Internet]. 2013 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/hnxp2>



51. Abril Collado R, Cuba Fuentes M. Introducción a la Medicina Familiar [Internet]. Acta méd. peruana; 2013; 30(1): 31-36; [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/45a3>
52. Fuentes Hülse S. Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución [Internet]. Rev Chil Med Fam 2017; 12 (1): 24-32; [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/tye4d>
53. Ricoy Lorenzo C. Contribución sobre los paradigmas de investigación [Internet]. Educação; Revista do Centro de Educação, vols. 31, núm. 1, 2006, pp. 11-22; [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/3nazx>
54. Hernández Sampieri R. El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo [Internet]. De Hernández Sampieri R. Metodología de la Investigación; Sexta edición; México; McGraw-Hill; 2014; pp. 355
55. Martínez C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana (Xochimilco) [Internet]. Cal. Del Hueso 1100. [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/yldsi>.
56. Vázquez Estrada A, Terven Salinas A. Tácticas y estrategias para mirar en sociedades complejas. Apoyo didáctico para la investigación sociocultural. Universidad Autónoma de Querétaro. Centro Universitario, Cerro de las Campanas s/n; C.P. 76010, Santiago de Querétaro, Qro., México; Primera Edición; 2012; pp. 61-63
57. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer [Internet]. Notas Descriptivas; 2017 [Citado el 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/uqrs>
58. Evangelista Garcia A. Normalización de la violencia de género cómo obstáculo metodológico para su comprensión [Internet]. Nómadas; 2019, n.51 [Citado el 29 nov 2021], pp.85-97. Disponible en: <https://n9.cl/6pcy2>
59. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y El Caribe. Femicidio [Internet]. CEPAL; 2020 [Citado el 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/i02h2>
60. Yungán Pinduisaca P, Cajas Luzuriaga K. Análisis de la Violencia de Género [Internet]. Departamento de Economía Cuantitativa Facultad de Ciencias Escuela Politécnica Nacional; Ecuador; 2020 [Citado el 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/eu574>
61. Berni M. Estratuvismo social machista en Ecuador violencia de género, femicidio [Internet]. Conrado; 2018, vol.14, n.61 [citado 29 nov 2021], pp.111-115. Disponible en: <https://n9.cl/e4grn>



62. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Menores y Violencia de Género [Internet]. Gobierno de España-Ministerio de Igualdad; España; 2020 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/6lb7n>
63. Newsweek México. La violencia contra la mujer es omnipresente y devastadora: la sufren una de cada tres mujeres: OMS [Internet]. newsweekespanol.com; 2021 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/dm3g4>
64. Naciones Unidas. Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven [Internet]. Noticias ONU. Mirada Global Historias Humanas; 2021 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7xjas>
65. Burdieu P. La dominación masculina [Internet]. EDITORIAL ANAGRAMA, S.A., Barcelona; España; 2000; pp. 11 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/l7am>
66. Aguilera Jiménez A, Barba Priego M. Violencia de la mujer hacia el hombre, ¿mito o realidad? [Internet]; Reidocrea, Volumen 4. Artículo 2; 2015; pp. 14-17 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7cdqg>
67. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. who.int; 2020 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/smzg>
68. Martín Jurado A. Riesgo de Violencia y Trastorno Mental [Internet]. Anuario de Psicología Jurídica Vol. 21; 2011; pp. 69-81 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/w1fmd>
69. Organización Mundial de la Salud. Abuso de sustancias. [Internet]. who.int; 2020 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/rh5st>
70. Freire M. La inteligencia emocional y su relación con la violencia de género en parejas [Internet]. Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador; 2019 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/qv39a>
71. Polo Usaola C, López Gironés M, Olivares Zarco D, Escudero Nafs A, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Autoinculpación en mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja: Factores implicados. [Internet]. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq; 2006 [citado 2021 Nov 29]; 26 (1): 71-86. Disponible en: <https://n9.cl/6kj6v>
72. Farías F. El sentimiento de culpa en mujeres víctimas de maltrato [Internet]. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.; 2017 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/nzq52>



73. Cordero V. Resiliencia de mujeres en situación de violencia doméstica [Internet]. Omnia Año 22, No. 2; pp. 107-118; 2016 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/d2otp>
74. Quirós E. El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia [Internet]. Perspectivas psicológicas, 3-4 (4), 155-163.; 2003 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pp/v3-4/v3-4a17.pdf>
75. Antón Hurtado F, Alba Madrid J. Aproximación antropológica a la somatización de la violencia El síndrome del intestino irritable [Internet]. Universidad de Jaén; Antropología Experimental; 2020 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/4eshm>
76. Lemos M. Allostasis theory as an explicative mechanism between the insecure attachments and chronic disease vulnerability [Internet]. Anal. Psicol. vol.31 no.2 Murcia; 2015 [citado 2021 Nov 29]. Disponible en: <https://n9.cl/4kbz6>
77. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2017 - 2021. [Internet]. Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2017 - 2021; Ecuador; 2017 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/bh9m>
78. Mayor Walton S, Salazar Pérez C. La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual. Gac Méd Espirit [Internet]. 2019 [citado 2021 Nov 28]; 21(1): 96-105. Disponible en: <https://n9.cl/71t6m>
79. Mendoza Carmona B. Masculinidad (es) en cuestión. Reflexiones desde el campo de la formación docente [Internet]. MAMAKUNA; 2019 [citado 27 nov 2021]; 0(12):44-3 Disponible en: <https://n9.cl/em2je>
80. Ospina Botero M, Montoya Pavas E. Cambios en los estereotipos de género en la familia [Internet]. Prácticas educativas que promueven el desarrollo familiar y comunitario; Universidad Católica de Pereira; 2015 [citado 29 nov 2021]; Disponible en: <https://n9.cl/lb14cx>
81. Fernández L. Dating violence prevention_ Implementation and evaluation of a program for adolescents. TESIS DOCTORAL [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid; 2013. Disponible en: <https://n9.cl/gjywa>
82. Chávez Courtois M, Sánchez Maya N. Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género [Internet]. Revista Col. San Luis; vol.8; 2020 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/jnuys>
83. Rodríguez Otero, L. Percepción sobre la violencia intragénero en una muestra de estudiantes de Trabajo Social mexicanos [Internet]. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social; pp. 80-94; 2016 [citado 29 nov 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/4dtsp>



84. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia infligida por la pareja [Internet]. WHO/RHR/12.36; 2013. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/20184-ViolenciaPareja.pdf>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

Anexo 1. Tipos de violencia de género

Tabla 9.1 Tipos de violencia de género (formas de expresión)

Tipos de violencia	Definición y ejemplos
Física	Uso de la fuerza para generar daño a la integridad corporal.
Psicológica	Causa daño emocional, sus expresiones son difíciles de detectar y medir pues son subjetivas (26), incluye insultos, humillaciones, aislamiento social y económico, posesividad y celos, amenazas de daño o abandono, destrucción de objetos personales, negación a solucionar los problemas (80).
Sexual	Se presenta de varias formas, siendo lo común obligar a realizar cualquier práctica sexual bajo presión.
Económica	Trasgresión de los derechos mediante el manejo de los recursos materiales propios o ajenos, privando a alguien de los medios para satisfacer sus necesidades básicas (26).
Obstétrica	Acciones realizadas por el personal sanitario, que afectan los procesos reproductivos de las mujeres (81).
Negligencia	Acciones u omisiones que vulneran la integridad de las/os adultas/os mayores.
Maltrato/abuso infantil	Engloba a todas la expresiones de violencia sobre niñas/os y adolescentes (66).

Elaborado por el autor.

Anexo 2. Estudios sobre percepciones de violencia de género

Tabla 9.2 Estudios sobre percepciones de violencia de género

Estudio	Resultados y/o Conclusiones
Percepción de la violencia de género en el entorno universitario: El caso del alumnado de la Universidad de Lleida, 2013 (35).	<ul style="list-style-type: none">- La VG se efectúa entre personas conocidas.- La violencia genera impacto en el rendimiento académico, profesional y en la autoestima de las personas agredidas.- La aceptación de los actos de VG se mantiene debido a percepciones que confunden tales actos con amor, dependencia o ideales tradicionales de romanticismo.- Las manifestaciones violentas se relacionan con la identidad masculina tradicional.- Muchas situaciones violentas no son percibidas como tales debido a que no implican agresión física.- Las personas agredidas pueden no responder afirmativamente cuando son sometidas a encuestas, pero sí en situaciones que involucren conversaciones personalizadas como las realizadas mediante técnicas de estudios cualitativos.
Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud, 2015 (36).	<ul style="list-style-type: none">- Los jóvenes perciben menor desigualdad entre hombres y mujeres que el resto de la población, aun así, su percepción sobre la desigualdad de género es grande.- Los jóvenes consideran inaceptable la VG, incluida la física y sexual, siendo percibido el rechazo hacia estas prácticas mayor en las mujeres que en los hombres.- De cada tres jóvenes, uno de ellos no identifica comportamientos relacionados con VG.- Los jóvenes se muestran un poco más tolerantes con las conductas relacionadas a la violencia que el conjunto de la población.- Se percibe mayor rechazo hacia la violencia en los jóvenes que conocen leyes relacionadas con la VG.



<p>Percepción Social de la Violencia de Género: Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2016 (34).</p>	<ul style="list-style-type: none">- Las percepciones sobre las desigualdades de género son grandes, siendo menos percibida por los hombres.- El maltrato psicológico de desvalorización es tolerado por 10% de hombres y 8% de mujeres, mientras que las amenazas verbales lo es por 7% de hombres y 5% de mujeres.- A pesar del rechazo generalizado a las prácticas violentas, una parte importante de los adultos no están plenamente conscientes de qué tipo de acciones constituyen hechos de violencia.- Más de la mitad de los participantes percibe que la VG no ha aumentado en los últimos años sino que ahora los casos salen más a la luz.- Persisten los estereotipos en relación a víctimas y agresores, y las percepciones sobre los grupos vulnerables víctimas de VG: cualquier mujer, en especial aquellas con alguna discapacidad, menores de edad o mayores de 65 años, residentes en áreas rurales y extrajeras.- Un 25% de hombre y 35% de mujeres afirman que conocen –amigo, vecino, familia próxima, otros familiares- a una víctima de VG.- Las razones principales para no denunciar la VG, son el miedo al agresor o agresores, el futuro de las hijas/os, la dependencia económica con el agresor y la vergüenza con el entorno cercano.
<p>Percepción de la violencia de género en personas mayores, 2013 (37).</p>	<ul style="list-style-type: none">- Las percepciones de las personas mayores sobre la VG es baja en la mayoría de las dimensiones estudiadas, aunque poco más reconocida en situaciones visibles como las amenazas o la posesión sexual.- Las mujeres en comparación con los hombres detectaron más la violencia en todas las dimensiones.- Las situaciones de violencia se ocultan tras comportamientos que son considerados culturalmente como expresiones de amor romántico –manipulación emocional, celos-.- Entre las barreras percibidas que dificultan la petición de ayuda, están entre otras: el sentimiento de culpa y resignación, el sentimiento de indefensión, la creencia de mantener en secreto los problemas familiares y la de falta de apoyo por el entorno familiar, la presión religiosa, la importancia del matrimonio en la comunidad, y la falta de información sobre recursos sociales.
<p>Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja, 2015 (38).</p>	<ul style="list-style-type: none">- Percepción negativa con respecto a sí mismas que inició incluso antes de empezar a sufrir el maltrato, pues lo aprendieron desde sus familias de origen; percepción de sus capacidades como inferiores a la de los hombres. Los tipos de maltrato incluyeron: físico, emocional, económico y sexual; muchas de ellas no contaban y/o desconocían de redes de apoyo; en cuanto a las consecuencias se mencionan testimonios como: “A mí me cortó la sonrisa... me gustaba bailar, me gustaban muchas cosas, me hubiese gustado hacer muchas cosas pero me sentí amarrada porque permití muchas cosas” ó “Él me ha contaminado tres veces con Gardnerella, hongos y la última vez con el virus del Papiloma Humano”.
<p>Percepción sobre la violencia intragénero en una muestra de estudiantes de Trabajo Social mexicanos, 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none">- La violencia intragénero es más común en parejas gay que en parejas lésbicas, seguido por las en que ambos miembros de la pareja son trans; mitos como: “la violencia doméstica es más común en parejas heterosexuales que en relaciones de hombres-gay”, “las víctimas de violencia doméstica son codependientes”, “las víctimas exageran la violencia que viven, si se sintieran muy mal, abandonarían la relación” y “los hombres que abusan bajo la influencia de drogas o alcohol no son responsables de sus acciones”.

(82)



Elaborado por el autor.

Anexo 3. Dimensiones del concepto salud

Tabla 9.3 Dimensiones del concepto salud

Dimensión	Subdimensión
Individual	Biológica –molecular, física- Psicológica –espiritual, mental-
Familiar	
Comunitaria	
Social	

Elaborado por el autor.

Anexo 4. Consecuencias de la violencia de género sobre la salud en la dimensión individual

Tabla 9.4 Consecuencias de la violencia de género sobre la salud en la dimensión individual

Categoría	Consecuencias
Físicas	Dolores de cabeza. Dolor de espalda y otros dolores musculoesqueléticos. Dolor de pecho. Trastornos ginecológicos que incluyen trastornos menstruales, dolor pélvico y dispareunia. Infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH / SIDA. Trastornos gastrointestinales (reflujo). Infección del tracto urinario Infección respiratoria aguda Diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular Diferentes lesiones en ciertas partes del cuerpo
Psicológico*	Uso de sustancias. Trastornos de la alimentación. Trastorno de estrés postraumático. Trastornos del sueño. Intentos de suicidio. Baja autoestima. Miedo a la intimidad. Problemas familiares y sociales.
Embarazo	Aumenta la probabilidad de hipertensión arterial y edema; sangrado vaginal; náuseas, vómitos o deshidratación intensos; infección renal o infección del tracto urinario; parto prematuro; lactante de bajo peso al nacer; recién nacido que requiere cuidados en la unidad de cuidados intensivos. También desprendimiento, fracturas fetales, trabajo de parto prematuro y muerte perinatal; depresión posparto.
Niños	Pueden resultar lesionados durante incidentes de violencia de género/de pareja/intrafamiliar. Aumenta el riesgo relativo de maltrato infantil. Aumenta el riesgo de abuso y negligencia. Se ha planteado la hipótesis de conductas de afrontamiento desadaptativas y cambios en la respuesta al estrés a nivel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal que pueden tener un impacto adverso en la salud general y aumentar el riesgo de problemas psiquiátricos.
Conductas de riesgo para la salud	Comportamiento sexual de alto riesgo. Usar o abusar de sustancias nocivas. Comportamientos no saludables relacionados con la dieta. Incumplimiento de las recomendaciones de salud.

Elaborado por el autor. Basado y modificado del documento "Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences", Uptodate, 2020.



Anexo 5. Consecuencias de la violencia de género sobre la salud en la dimensión familiar

Tabla 9.5 Consecuencias de la violencia de género sobre la salud en la dimensión familiar

Función familiar afectada	Ejemplos
Reproductora	Incapacidad de usar métodos anticonceptivos o negociar el uso de condones –coacción reproductiva- (2); embarazo no deseado y aborto inseguro; si la violencia se produce durante el embarazo hay complicaciones en la gestación, el parto, el puerperio y perinatales; infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH (50).
Protectora	Lesiones físicas y discapacidad, consumo perjudicial de drogas; autoagresión. Las consecuencias a largo plazo se extienden también a los hijos, los niños que crecen en familias con violencia sufren diversos problemas emocionales y de conducta, con mayor tasa de morbilidad (56).
Afectiva	Las mujeres violentadas están a menudo dependientes emocional y económicamente de sus agresores (50), estos hombres suelen castigar físicamente a una mujer porque piensan que su comportamiento es incorrecto (83).
Socializadora	Trasmisión vertical de los comportamientos violentos de generación en generación en el espacio doméstico (19). Las mujeres violentadas pueden llegar a encontrarse incapacitadas para trabajar y por ende perder sus sueldos; el aislamiento puede generar que dejen de participar en actividades cotidianas, que descuiden de sí mismas y del cuidado de sus hijos (18)

Elaborado por el autor

Anexo 6. Dimensiones del concepto familia

Tabla 9.6 Dimensiones del concepto familia

Dimensión	Concepto
Biológica	Vida en común de dos humanos de sexo distinto, unidos con el fin de reproducirse y conservar la especie a través del tiempo.
Psicológica	Unión de personas que comparten un proyecto vital en común, formando un grupo en el que se generan sentimientos de pertenencia y compromiso personal, estableciendo relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia entre sus miembros. Elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad.
Sociológica	Comunidad humana formada por al menos por tres miembros, un conjunto de personas unidas por lazos parentales. Perpetúa las costumbres, cultura e identidad social, reconoce y respeta la autoridad y, educa en el lenguaje la comunicación de la descendencia. Un subsistema social que forma parte del macro sistema social llamado sociedad.
Económica	Unidad y subsistema humano-económico, que fluye socialmente como elemento emisor y receptor de fuerzas productivas, políticas y dinámicas, que se modifican a la par que los cambios históricos.
Legal	La definición es dinámica y depende la legislación de cada país, pero en general hace referencia a un grupo conformado por la pareja, sus ascendientes y descendientes, así como otras personas unidas por vínculos de sangre o matrimonio o sólo civiles, a los que el ordenamiento positivo impone deberes y otorga derechos jurídicos.

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización", 2013.

**Anexo 7. Clasificación demográfica de la estructura familiar****Tabla 9.7 Clasificación demográfica de la estructura familiar**

Tipo de familia	Concepto y subclasificación
Familia nuclear	Formada por dos individuos adultos, que ejercen el papel de padres, y sus hijos. Por la cercanía de otros familiares: Con parientes próximos.- otros miembros familiares cercanos viviendo en el mismo pueblo o en el mismo barrio. Sin parientes próximos.- sin otros miembros familiares cercanos viviendo en la misma parroquia o ciudad. Pareja sola.- pareja que no tiene hijos, o pareja sin hijos dentro del hogar. Por la presencia de los hijos: Mononuclear.- un solo núcleo de hijos Binuclear.- presencia de dos núcleos de hijos. Trinuclear, reconstituida.- un núcleo de hijos del padre, otro de la madre y otro de la pareja reconstituida. Por la presencia de los padres: Con padres ausentes.- integrada por los hijos, conviven los hermanos y sus padres viven lejos. Monoparental.- el padre o la madre solo/a junto con sus hijos. Biparental.- dos padres con su núcleo común de hijos.
Familia extensa	Conviven en el mismo hogar más de dos generaciones.
Personas sin familia	Adultos que viven solos.
Equivalentes familiares	Adultos que conviven en el mismo hogar sin constituir un núcleo familiar.
Familia corporativa	Grupo de humanos que viven bajo en el mismo hogar y están organizados alrededor de actividades desarrolladas en común.

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Entre voces y silencios", Norma Armas, 2007.

Anexo 8. Clasificación familiar por características funcionales**Tabla 9.8 Clasificación familiar por características funcionales**

Por la zona de residencia	Familia urbana Familia urbano-marginal Familia rural
Por su integración	Familia integrada Familia semi-integrada.- cónyuges viven juntos pero no cumplen sus roles. Familia desintegrada – desestructurada- .- por separación, muerte, migración.
Por la ocupación de los padres	Familia profesional Familia obrera Familia campesina Familia en subempleo o desempleo del jefe –líder- de familia.
Por su desarrollo	Familia moderna.- cuando en una familia nuclear biparental la mujer trabaja y recibe remuneración. Tradicional.- el padre es proveedor y la madre realiza las tareas de la casa.
Por su creencia religiosa	Familia creyente religiosa. Familia no creyente religiosa.
Por su funcionalidad	Familia funcional Familia disfuncional

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Entre voces y silencios", Norma Armas, 2007.



Anexo 9. Subsistemas familiares y sus roles

Tabla 9.9 Subsistemas familiares y sus roles

Subsistemas Familiares -Holones-	Conformación	Roles
Conyugal.	Entre la pareja, su mutua interrelación.	Rol de pareja.
Parental.	Entre los dos padres, en la relación con sus hijos y viceversa.	Rol de padres.
Fraterno.	Entre los hermanos, su mutua interrelación.	Rol de hermanos.
Individual.	Cada miembro de la familia, a fin de no perder de vista su propio desarrollo intrapersonal.	Rol individual, intrapersonal.

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Entre voces y silencios", Norma Armas, 2007.

Anexo 10. Funciones universales de la familia

Tabla 9.10 Funciones universales de la familia

Función	Concepto
Reproductora	La existencia de la familia garantiza la existencia de la humanidad en términos biológicos.
Protectora	Resguardo de sus miembros hasta el logro de las habilidades individuales que le permitan a cada uno lograr independencia y seguridad de desenvolvimiento en el macrosistema social.
Afectiva	El ser humano para su desarrollo requiere a más de la satisfacción de sus necesidades orgánicas, la satisfacción de sus necesidades emocionales y sentimentales.
Socializadora	La familia reproduce en su núcleo lo que sucede en el macrosistema social, pero también genera los cambios de las comunidades y sociedades.

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Entre voces y silencios", Norma Armas, 2007.

Anexo 11. Cambios en los sistemas familiares respecto del modelo tradicional

Tabla 9.11 Cambios en los sistemas familiares

Cambios estructurales y funcionales en los sistemas familiares	Ejemplos
	Aumento de parejas de hecho, divorcios y separaciones, familias reconstituidas, retraso en la edad del matrimonio, familias con un solo cónyuge o con cónyuges del mismo sexo, vías distintas de acceso a la maternidad como la adopción y reproducción asistida, redefinición de los roles familiares como la emancipación e incorporación de la mujer al mundo laboral, menor número de hijos y más ayudas externas como hospitales, escuelas, guarderías, el surgimiento de familias con monoparentalidad por elección, familias homoparentales –cónyuges del mismo sexo- y las reivindicaciones legales para reconocer legalmente su matrimonio, aumento de hogares unipersonales, hogares de dos miembros pero sin hijos, aumento de las migraciones internacionales y sus consecuencias transnacionales, etc.

Elaborado por el autor.

**Anexo 12. Factores de riesgo para experimentar violencia de género****Tabla 9.12 Factores de riesgo para violencia de género**

Factores de riesgo para experimentar agresión	
Factores individuales	Antecedentes de violencia de género/de pareja/ intrafamiliar Ser mujer Edad temprana (<24 años) Consumo riesgoso de alcohol o de drogas Comportamiento sexual de alto riesgo Haber presenciado o experimentado violencia durante la niñez Antecedentes de depresión o enfermedad mental crónica Tener menos educación formal Desempleo o pobreza Minorías étnicas, en Ecuador ser indígena o afrodescendiente. Minoría sexual
Factores de relación	Parejas con disparidades de ingresos, educativas o de estatus laboral Dominación y control de la relación por parte de un hombre Exceso de celos o comportamiento posesivo
Factores sociales y comunitarios	Pobreza y factores asociados (por ejemplo, hacinamiento) Falta de instituciones o normas comunitarias que formen interacciones sociales Sanciones comunitarias débiles contra la violencia de género (por ejemplo, la policía no está dispuesta a intervenir) Normas tradicionales de género (por ejemplo, las mujeres deben quedarse en casa y no entrar en la fuerza laboral, deben ser sumisas) En algunos países, las nociones de honor masculino/familiar y castidad femenina
Factores de riesgo para perpetrar agresión	
	Exposición a la violencia infantil Trastorno de estrés postraumático no resuelto Pérdida o inestabilidad recientes del empleo Abuso de sustancias

Elaborado por el autor. Basado en el documento "Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences", Uptodate, 2020.

Anexo 13. Herramientas de evaluación de la salud familiar**Tabla 9.13 Principales herramientas de evaluación de la salud familiar**

Categoría	Herramientas de evaluación
Caracterización de la familia	Según estructura -tamaño -número de generaciones -ontogénesis familiar Según etapa de desarrollo –Duvall- y sus tareas. -en formación -con hijos pequeños -con hijos adolescentes -en plataforma de lanzamiento -en nido vacío
Crisis familiares	Contradicciones entre la organización estructural y funcional familiar y las demandas que derivan de los sucesos de la vida diaria y que obligan a realizar movimientos de adaptación ante la nueva situación. -crisis normativas -crisis no normativas -acrónimo CASIC -puntos nodales -triángulos, alianzas, coaliciones
Familiograma –genograma-	Representación gráfica de la familia, generada con un formato de símbolos que permiten dibujar un árbol familiar para identificar la estructura y relaciones familiares, pautas repetitivas generacionales.



	-genograma estructural -genograma funcional
Funcionalidad familiar	El cumplimiento de las funciones universales y la dinámica de las relaciones internas. -cuestionario APGAR -cuestionario FF-SIL -círculos familiares
Condiciones materiales de vida	-satisfacción de la familia con los ingresos económicos -condiciones de pertenencia y estructura de la vivienda -equipamiento doméstico básico -hacinamiento
Salud individual de los integrantes	-física -mental
Redes de apoyo	Las relaciones de la familia con el macro-sistema social en el que se desenvuelve y con el cual tiene un contacto directo que afecta positiva o negativamente al sistema familiar. -ecomapa

Elaborado por el autor. Basado en los documentos "Entre voces y silencias", Norma Armas, 2007; y "Manual para la intervención en la salud familiar", Isabel Lauro, 2002.

Anexo 14. Funciones de la entrevista clínica

Tabla 9.14 Funciones de la entrevista clínica

Función	Objetivos	Algunas habilidades
1. Recoger Información	Precisión	Preguntar Facilitar Negociar prioridades
	Eficiencia	Clarificar Respeto
	Clara percepción de los problemas del paciente	Legitimar Sintetizar
	Evaluar desde la experiencia del paciente	Escucha reflexiva
2. Función relacional	Continuidad	Apoyar Legitimar
	Satisfacción mutua	Respetar
	Adherencia	Reinterpretar
	Reducir interferencias	
	Disminuir estresores	
3. Función educadora	Crear clima de aceptación mutua	Negociar
	Lograr acuerdo	Dar información Educar
	Implicar al paciente	Negociar Motivar
	Aumentar conocimientos y conductas apropiadas	

Elaborado por el autor. Tomado de "Entrevista clínica y relación asistencial. La atención centrada en la persona", Martín Zurro. Atención Primaria-Principios, organización y métodos en medicina de familia. 2014.

Anexo 15. Pregunta de tamizaje universal de violencia de género

"La violencia en la vida de las mujeres es un problema frecuente y puede ser muy grave. Por eso, de forma rutinaria pregunto a todas mis pacientes si han sufrido o sufren algún tipo de violencia a lo largo de su vida" (25).

**Anexo 16. Categorías de estudio****Tabla 9.16.1 Categorías de caracterización**

Categoría	Definición	Pregunta (as)
Adultez+	Etapa del desarrollo de la vida en el que el individuo normal alcanza la plenitud en su evolución física, biológica y psíquica.	¿Cuántos años cumplidos tiene?
Adulto joven	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. De los 20-34 años.	
Adulto medio	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. De los 35-49 años.	
Adulto maduro	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. De los 50-64 años	
Adulto mayor	Tiempo en años que ha vivido una persona contando desde su nacimiento. De los 65 años en adelante	
Género+	Construcción social que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, por lo tanto, categoría de análisis desde el punto de vista social.	Previa explicación: ¿Según su género como se identifica?
Género Masculino	Asignado tradicional y socialmente al hombre. Define los roles y estereotipos relacionados con la condición de hombre, pudiendo variar según la culturas. Se asocia, modos de vestir, de lucir el cabello o el rostro, de hablar o caminar, roles sociales especialmente asignados, valores morales, etc.	
Género Femenino	Asignado tradicional y socialmente a la mujer. Define los roles, prácticas y estereotipos relacionados con la condición de mujer y puede variar en distintas culturas. Se asocia, modos de vestir, de lucir el cabello o el rostro, de hablar o caminar, roles sociales especialmente asignados, valores morales, etc.	
Género Transfemenino	Persona que nace con biología de hombre y que construye un género femenino. Se expresan mediante habla, comportamiento y estética de lo que socialmente se acepta como mujer.	
Género Transmasculino	Persona que nace con una biología de hembra y que construye un género masculino. Se expresan mediante comportamiento, habla y estética para corresponderse con lo que ha sido socialmente asignado a los hombres.	
Orientación Sexual+	Organización específica del erotismo o el vínculo emocional de una persona en relación al género de la pareja.	Previa explicación: ¿Cuál es su orientación sexual?
Gay	término que identifica a hombres que asumen su atracción física, emocional y sexual por otros hombres	
Lesbiana	mujeres que sienten atracción física, emocional y sexual por otras mujeres	
Heterosexual	Relación erótica entre individuos de diferente sexo	
Bisexual	Persona que siente atracción física, emocional y sexual por personas de ambos sexos	



Tipo de familia+	Modelo de familia que predomina en cada país o región, que según su estructura corresponde a la forma como se ha ido desarrollando durante la historia y la cultura propias de cada pueblo.	Previo explicación: ¿A qué tipo de familia pertenece?
Familia nuclear	Familia con dos individuos de sexo distinto que ejercen rol de padres, y sus hijos biológicos.	
Familia extensa	Familia con tres generaciones: abuelos con sus hijos(as) casados y los hijo(as) de estos.	
Familia homoparental	Familia en donde una pareja de hombres o una pareja de mujeres se convierten en progenitores de uno o más hijos	
Familia ensamblada	Familia en la cual uno o ambos miembros de la pareja tienen uno o varios hijos de uniones anteriores.	
Ciclo vital familiar+	Categoría social, secuencia de estadios por los que atraviesa la familia desde su establecimiento hasta su disolución.	
Familia en formación	Inicia con el acuerdo entre un la pareja para formalizar la relación e independizarse como familia.	
Familia con hijos(as) pequeños(as) y preescolares.	Inicia con el inicio del rol parental de la pareja –por nacimiento o adopción- hasta el ingreso a las actividades académicas.	
Familia con hijos escolares	Inicia cuando los hijos(as) salen del hogar para cumplir con las tareas académicas formativas, es decir la escuela.	
Familia con hijos adolescentes	Inicia cuando el primer hijo ha llegado a la adolescencia (10 años), coincide o no con la llegada de los padres a la adultez media y de los abuelos a la adultez mayor.	
Familia en plataforma de lanzamiento	Inicia con la salida del primer hija(o) del hogar y continua hasta la salida del (la) último hija(o).	
Familia en nido vacío	Una vez todas las hijas(os) has abandonado el hogar y la pareja se queda sola.	

Elaborado por el autor

**Tabla 9.16.2 Categorías de interpretación**

Dimensión	Categoría	Subcategoría
1. Percepciones	1.1 Autopercepción del/la agredido/a	a. hombre b. mujer c. intersexual
	1.2 Percepción del agresor/a	a. hombre b. mujer c. intersexual
	1.3 Influencia del contexto	a. histórico b. actual
2. Características de la violencia de género	2.1 Tipos de violencia	a. Física b. Psicológica c. Sexual d. Patrimonial e. otras
	2.2 Tiempo de evolución de la violencia	a. meses b. años
	2.3 Significados	a. auto-interpretación del acto violento
3. Factores de riesgo para experimentar agresión	3.1 Factores individuales	a. Antecedentes de violencia de género/de pareja b. Ser mujer c. Edad temprana (<24 años) d. Consumo riesgoso de alcohol o de drogas e. Comportamiento sexual de alto riesgo f. Haber presenciado o experimentado violencia durante la niñez g. Antecedentes de depresión o enfermedad mental crónica h. Tener menos educación formal i. Desempleo/pobreza j. Minorías étnicas, en Ecuador ser indígena o afrodescendiente k. Minoría sexual
	3.2 Factores de la relación	a. Parejas con disparidades de ingresos, educativas o de estatus laboral b. Dominación y control de la relación por parte de un hombre c. Exceso de celos o comportamiento posesivo
	3.3 Factores familiares, comunitarios y sociales	a. Pobreza y factores asociados (por ejemplo, hacinamiento) b. Falta de instituciones o normas comunitarias que formen interacciones sociales c. Sanciones comunitarias débiles contra la violencia de género (por ejemplo, la policía no está dispuesta a intervenir) d. Normas tradicionales de género (por ejemplo, las mujeres deben quedarse en casa y no entrar en la fuerza laboral, deben ser sumisas) e. Nociones de honor masculino/familiar y castidad femenina f. Disfuncionalidad familiar



4. Factores de riesgo perpetrar agresión	4.1 Factores individuales	a. Exposición a la violencia infantil b. Trastorno de estrés postraumático no resuelto c. Pérdida o inestabilidad recientes del empleo d. Abuso de sustancias
5. Reacciones frente a la violencia	5.1 Devolución de la agresión (contraataque) 5.2 Búsqueda de ayuda 5.3 Pasividad/Sumisión	
6. Influencia en la salud individual		a. Física b. Psicológica c. Embarazo d. Hijos/as e. Discapacidad f. Conductas de riesgo para la salud
7. Influencia en la salud familiar	7.1 Funciones universales de la familia	a. Función reproductora b. Función protectora c. Función afectiva d. Función socializadora
8. Propuestas de prevención en violencia de género	8.1 Primaria 8.2 Secundaria 8.3 Terciaria	

Elaborado por el autor. Basado y modificado del documento "Intimate partner violence: Epidemiology and health consequences", Uptodate, 2020.

Anexo 17. Formulario de registro de información

GUIA DE LA ENTREVISTA CLÍNICA PARA LA INVESTIGACIÓN:
"Percepciones sobre violencia de género y su influencia en la salud de las familias del Centro de Salud Mariano Estrella. 2020-2021".

INSTRUCCIONES

El siguiente cuestionario tiene como propósito recabar información sobre el participante, consta de dos partes, la primera registra sus datos de: edad, ciclo vital individual, identidad de género, tipo de familia y ciclo vital familiar; para salvaguardar su confidencialidad se incluye la sección que registra su código: un nombre ficticio y dos iniciales ficticias. La segunda parte consta con las preguntas guía de la entrevista, esta sección no tiene la opción registrar respuestas escritas.
Si tiene alguna pregunta, háganosla saber.
Gracias por formar parte de esta investigación.

Primera parte

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistador: _____

Entrevistado (un nombre ficticio + 2 iniciales ficticias): _____



Edad (en años): _____

Ciclo vital individual: adulto joven __; adulto medio __; adulto maduro __; adulto mayor __

Orientación sexual: lesbiana __; gay __; bisexual __; heterosexual __

Identidad de género: femenino __; masculino __; transfemenino __; transmasculino __; *queer* __

Tipo de familia: Nuclear __; Extendida __; Monoparental __; Homoparental __; Ensamblada __; De hecho __; Otro __

Ciclo vital familiar: Familia en formación __; Familia con niños pequeños __; Familia con niños escolares __; Familia con hijos adolescentes; Familia en plataforma de lanzamiento __; Familia en nido vacío __; No corresponde __

Segunda parte

Genograma

Se destina un espacio en el formulario para graficar el genograma

Categorías de evaluación familiar

Categoría 1. Estructura familiar	Composición del Hogar
	Constelación Fraternal
	Configuraciones familiares inusuales
Categoría 2. Adaptación al ciclo vital	Ciclo vital familiar
	Sucesos del ciclo vital individual Erickson
	Punto nodales
	Tareas y tipo de respuesta
Categoría 3. repetición de pautas a través de generaciones	Estructurales, funcionales, vinculares, clínicas
Categoría 4. Sucesos de la vida y funcionamiento	Coincidencias
	Crisis
	Reacciones de aniversario
Categoría 5. Vínculos	Pautas vinculares
	Alianzas, coaliciones, triangulaciones
Categoría 6. Equilibrio y desequilibrio familiar	Complemento de la pareja
	Roles
	Funciones universales
	Recursos, ingresos, estatus social y apoyo

Funcionalidad familiar

Se destina un espacio en el formulario para utilizar cualquiera de las siguientes herramientas: FF-SIL, APGAR familiar, Círculos familiares, CASIC.

Ecomapa

Se destina un espacio en el formulario para graficar el ecomapa

Preguntas para orientar el abordaje



A. Sobre violencia de género

- ¿Cómo van las cosas en su familia?
- ¿Tiene algún problema con su pareja?
- ¿Siente que no le tratan bien en casa?
- ¿Su pareja le controla sus salidas?
- ¿Se siente segura?
- ¿Su pareja le controla el dinero?
- ¿Su pareja le ha amenazado alguna vez?
- ¿Tiene armas en casa?
- ¿Se siente criticado/a o desvalorizado/a?

B. Sobre afrontamiento de las situaciones de violencia

- ¿Se lo ha contado a algún amigo o familiar?
 - ¿Qué diría su madre si usted sufriera maltrato por parte de su pareja? ¿Qué dirían sus amigas/os? ¿Y sus hijos?
 - ¿Ha consumido alcohol u otra sustancia para aliviar los nervios luego de un altercado familiar?
 - ¿Ha notado disminución o ausencia de remordimiento expresado por su pareja luego de una agresión?
 - ¿Conoce los recursos de ayuda disponibles a nivel local en caso de un suceso de violencia?
- Si usted viviera una situación de violencia de género ¿qué haría?

C. Dinámicas familiares

Conversación abierta sobre las dinámicas familiares: la familia tradicional y las “nuevas familias”.

D. Salud individual y familiar

Diálogo con el participante durante la entrevista clínica individual y familiar, usando los recursos de diagnóstico.



Anexo 18. Formulario del consentimiento informado

Título de la investigación: Percepciones sobre violencia de género y su influencia en la salud de las familias del Centro de Salud Mariana Estrella. 2020-2021.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador	Pedro Andrés Oñate Álvarez	0105367296	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
<p>Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en los años fiscales 2020 y 2021 con la población del Centro de Salud Mariano Estrella. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.</p>
<p>La violencia de género representa una de las causas más importantes de enfermedad y muerte en todos los grupos etarios y socioeconómicos, siendo un problema de salud pública. La familia tiene un rol muy importante en la salud de las personas, y al estar en constante dinamismo tanto en su estructura y funcionalidad, surgen diferentes particularidades como nuevos modelos familiares y roles diferentes a los tradicionalmente conocidos, que podrían generar nuevas relaciones de poder y nuevas manifestaciones de violencia basada en el género. Usted ha sido escogido para participar en el estudio debido según consideración del investigador, cumple con el perfil para entender la influencia de la violencia de género en la salud, y que se encuentren en plenas capacidades físicas e intelectuales para consentir su participación.</p>
<p>Objetivo del estudio</p>
<p>Interpretar las percepciones sobre violencia de género y su relación con la salud en las familias del centro de salud Mariano Estrella.</p>
<p>Descripción de los procedimientos</p>
<p>Usted participará en un estudio que se irá desarrollando durante la atención clínica en el centro de salud y durante las visitas domiciliarias de seguimiento, se utilizarán formularios elaboradas previamente por el investigador, que permitirán recolectar información para luego de su interpretación describir y comprender sus experiencias con respecto al fenómeno estudiado –la violencia de género-. El procedimiento iniciará luego que el investigador lo identifique y seleccione durante los horarios de consulta externa –de lunes a sábado desde las 08h00 a las 17h00-. Se tomará registro de sus: números de teléfono, correo electrónico, dirección de la vivienda y horarios de disponibilidad para efectuar la/las entrevistas, la/las misma(s) que tendrán una duración aproximada de 30 minutos cada una. Se programará en ese mismo momento el día y hora de la primera entrevista, o si no, se acordará comunicarse con usted por vía telefónica o correo electrónico, para decidir el horario de la misma. El intervalo de tiempo entre la primera entrevista y las subsecuentes, en caso de que sucedan, se programará mediante acuerdo mutuo entre las partes.</p> <p>La firma del consentimiento informado se hará el día de la primera entrevista, previo a su inicio.</p> <p>La capacitación del investigador se hará previo a realizar la recolección de la información con los participantes. Para ello se realizará entrevistas de prueba con otras personas ajenas a la investigación.</p> <p>El número de entrevistas clínicas con cada participante se decidirán conforme se obtenga la saturación de las categorías y ya no se encuentre información novedosa; se prevé un mínimo de dos entrevistas con cada uno, de una duración mínima de 30 minutos hasta 2 horas. Se procurará que la fecha y hora de esta actividad coincidan con los días de actividades extramurales en el Centro de Salud, caso contrario se programarán dependiendo de la disponibilidad de tiempos del investigador y del participante.</p>



Riesgos y beneficios
Los posibles riesgos pueden darse al momento de la recolección de las percepciones, pues el tener que hablar sobre sus vivencias puede generar rechazo o sentimientos de tristeza. Para tratar de disminuir este efecto, las entrevistas se realizarán en un ambiente cómodo y tranquilo. No existirá riesgo físico pues el formulario incluye solamente preguntas con respuesta verbal. El beneficio para usted será recibir atención médica integral durante y después del estudio. Los beneficios tras los resultados de la investigación serán de gran importancia, ya que se conocerán las percepciones que los participantes de la comunidad tienen sobre la violencia de género y la influencia en su salud.
Otras opciones si no participa en el estudio
Usted tiene la total libertad de participar o no en el estudio. Si decide no participar, siéntase en la libertad de poder despejar sus dudas sobre la violencia de género en sus controles periódicos de salud.
Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)
Usted tiene derecho a: Recibir la información del estudio de forma clara; Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas; Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio; Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted; Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento; Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario; Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio; Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede; El respeto de su anonimato (confidencialidad); Que se respete su intimidad (privacidad); Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador; Tener libertad para no responder preguntas que le molesten; Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede; Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes; Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Manejo del material biológico recolectado
NO APLICA
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0988125805 que pertenece al investigador Pedro Andrés Oñate Álvarez, o envíe un correo electrónico a pedro--1407@hotmail.com

Consentimiento informado
Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del testigo (si aplica)	_____ Firma del testigo	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



Anexo 19. Fotografías de los lugares públicos

Fotografía 19.1 Panorámica nocturna de la ciudad de Cuenca



Realizada por el autor. Pacientes de varios lugares de la ciudad de Cuenca acuden como afluencia del CSME.

Fotografía 19.2 Panorámica de la parroquia Bellavista



Realizada por el autor. La mayoría de participantes pertenecían a la parroquia Bellavista de la Ciudad de Cuenca.



Fotografía 19.3 Lazareto

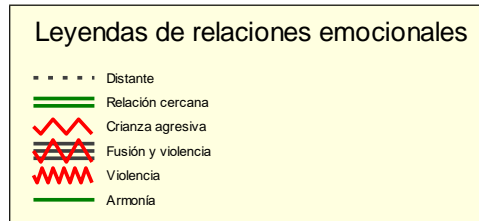
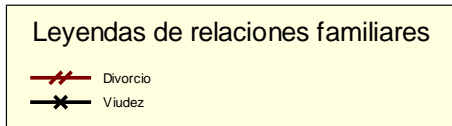
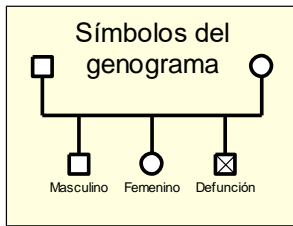


Realizada por el autor. Lazareto es el barrio urbano-marginal donde se encuentra el CSME. En la fotografía se observa una calle cercana al CSME, vía de acceso a la vivienda de una de las participantes.

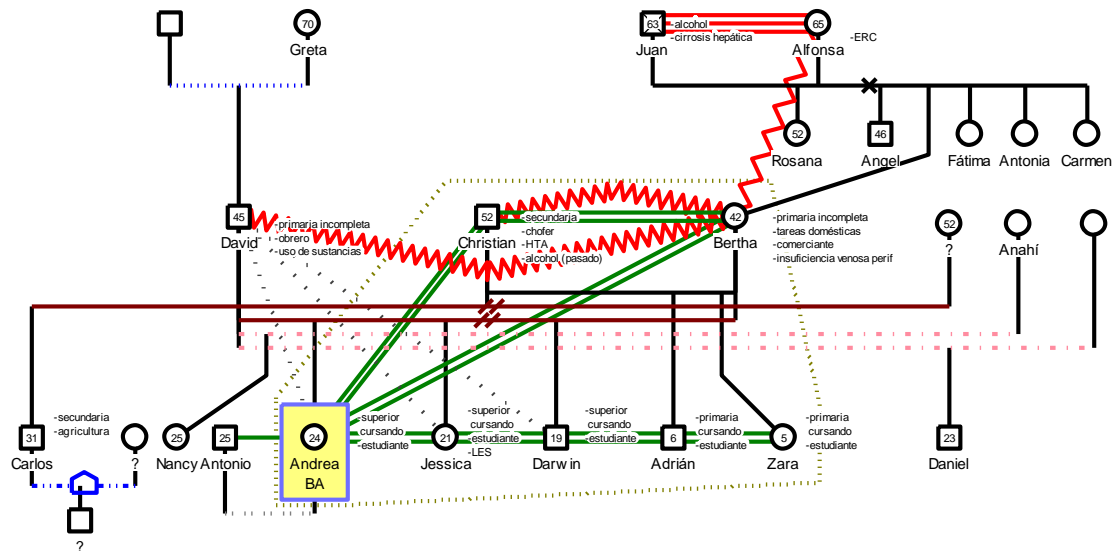
Fotografía 19.4 Centro de Salud Mariano Estrella



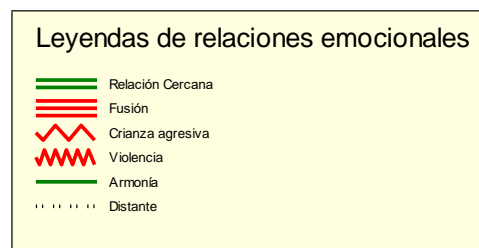
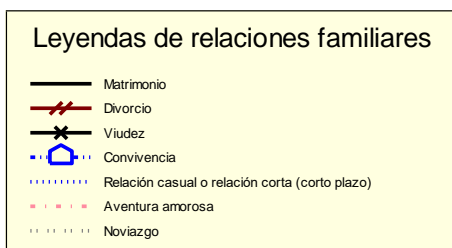
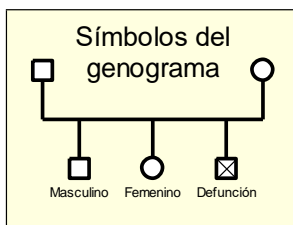
Realizada por el autor. El CSME fue el lugar de afluencia para la atención intramural de las/os participantes del estudio.



Genograma 9.2 Familia AA
Cuenca 18 enero 2021.



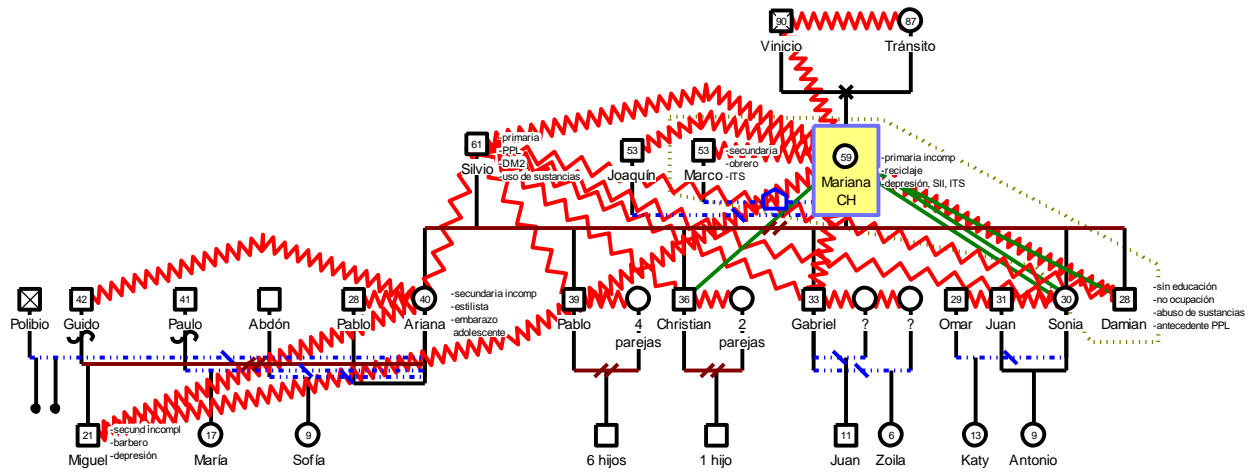
Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Andrea BA.
Abreviaturas: ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; LES: lupus eritematoso sistémico.





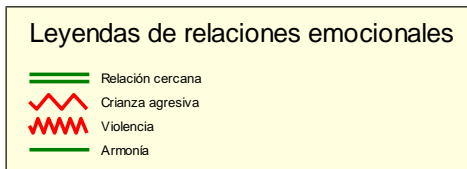
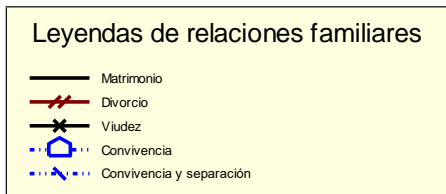
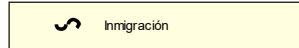
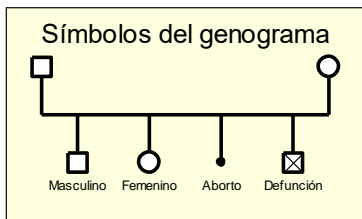
Genograma 9.3 Familia CH

Cuenca 23 enero 2021.



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Mariana CH.

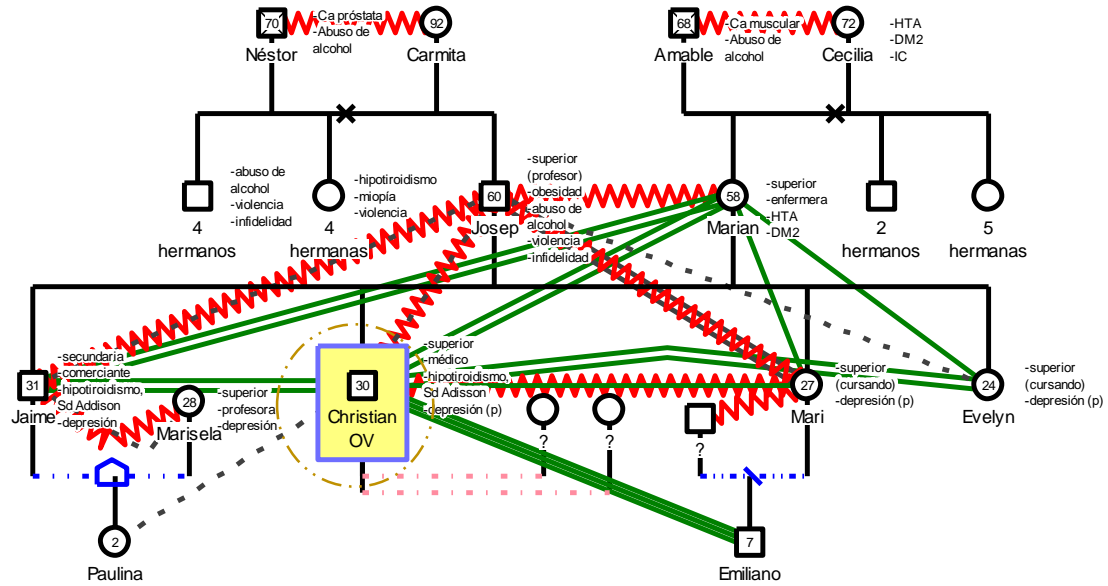
Abreviaturas: SII: síndrome de intestino irritable; ITS: infección de transmisión sexual; PPL: persona provada de la libertad.





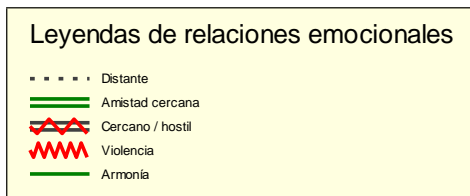
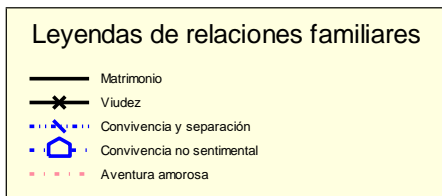
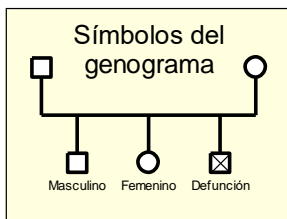
Genograma 9.4 Familia OV

Cuenca 13 abril 2021.



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Christian OV.

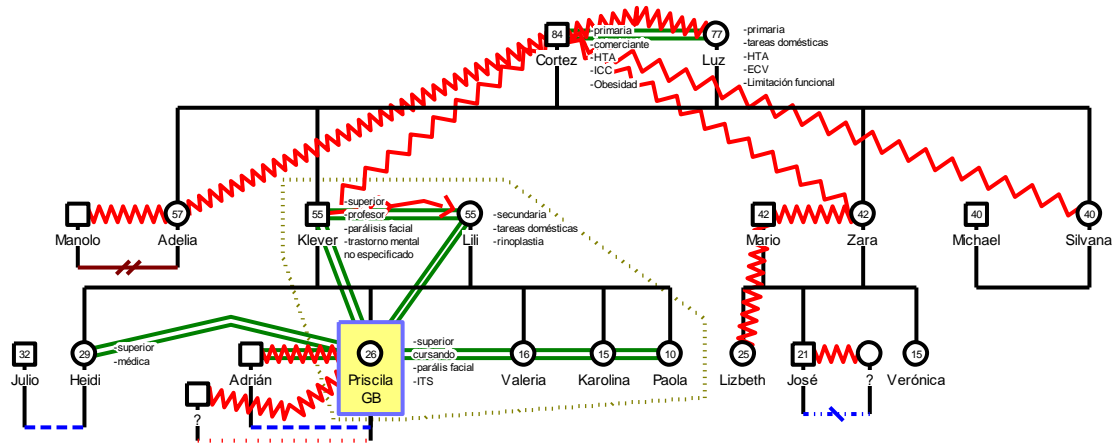
Abreviaturas: Sd: síndrome; Ca: cáncer; HTA: hipertensión arterial; DM2: diabetes mellitus 2; IC: insuficiencia cardíaca; (p): diagnóstico presuntivo.



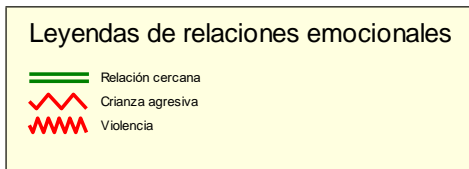
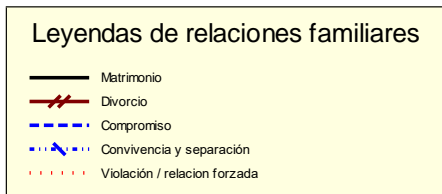
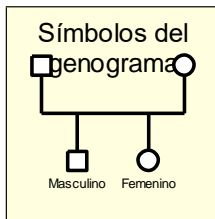


Genograma 9.5 Familia GB

Cuenca 04 mayo 2021.



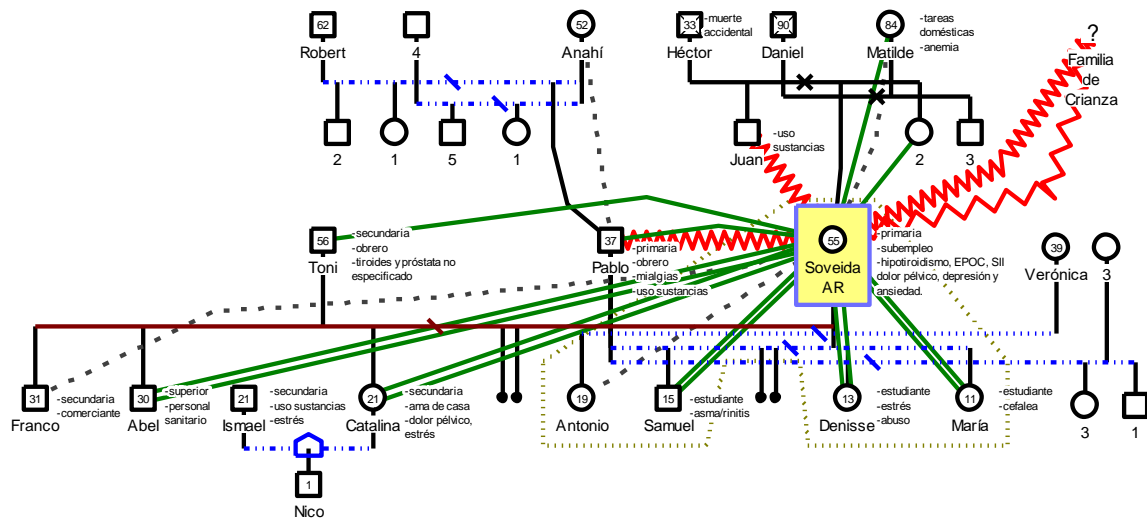
Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Soveida AR.
Abreviaturas: HTA: hipertensión arterial; ECV: evento cerebro vascular; ITS: infección de transmisión sexual.





Genograma 9.4 Familia AR.

Cuenca 26 junio 2021.



Elaborado por el autor. Basado en la información brindada por Soveida AR.

Abreviaturas: EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; SII: síndrome de intestino irritable.

