



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CENTRO DE POSGRADOS

POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**VIOLENCIA DE PAREJA EN CONTRA DE LA MUJER Y LA FUNCIONALIDAD
FAMILIAR. PARROQUIA GÜEL, CANTÓN SIGSIG. 2015- 2016.**

Trabajo de Titulación previa a la obtención del
Título de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla

C.I. 0103444139

Directora: Dra. Lorena Esperanza Encalada Torres

C.I. 0102905353

Cuenca – Ecuador

2017

RESUMEN

Introducción: La violencia de pareja contra la mujer es un problema de salud pública y familiar, debe ser estudiada por consecuencias físicas, psicológicas y sociales que afectan a la salud y la calidad de vida de las mujeres, y la familia, sin embargo en la parroquia de Güel no existen estudios previos sobre esta situación.

Objetivo: Determinar las características de violencia de la pareja contra la mujer y la relación con la funcionalidad familiar en la parroquia Güel del Cantón Sigsig.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, en 113 mujeres de la parroquia Güel del Cantón Sigsig, período 2015-2016. Se aplicó un instrumento de recolección de datos para conocer las características socio-demográficas, la funcionalidad familiar se evaluó mediante el test FFSIL y la violencia de pareja a través del WAST test. Las variables fueron representadas como frecuencias absolutas y porcentaje. La prueba de chi cuadrado, razón de prevalencia (RP) e intervalos de confianza al 95% fueron utilizados para determinar la asociación entre variables.

Resultados: La prevalencia de violencia de pareja fue de 25,7%. Las mujeres con más violencia de pareja fueron las de mas o igual a 46 años (RP=2,743; IC95%: 1,485-5,087; $p=0,001$), pareja inestable (RP=3,023; IC95%: 1,718-5,321; $p<0,001$), ausencia de familia (RP=4,612; IC95%: 2,795-7,610; $p<0,001$) y la disfuncionalidad familiar (RP=17,200; IC95%: 2,427-121,885; $p<0,001$).

Conclusiones. Se encontró violencia de pareja asociada a disfuncionalidad familiar y parejas inestables, de baja escolaridad y escasas redes de apoyo.

Palabras claves: Violencia de pareja, Disfuncionalidad familiar, Factores asociados.

ABSTRACT

Introduction: Couple violence against women is a public and family health problem, it must be studied due to physical, psychological and social consequences that affect the health and quality of life of women, and the family, however, in the Parish of Guel there are no previous studies on this situation.

Objective: To determine the characteristics of violence of the couple against the woman and the relation with the familiar functionality in the parish Güel of the Canton Sigsig.

Material and methods: A cross-sectional study was carried out in 113 women from the Güel parish of Sigsig Canton, from 2015-2016. A data collection instrument was applied to know the socio-demographic characteristics, the family functionality was evaluated by the FFSIL test and the partner violence through the WAST test. The variables were represented as absolute frequencies and percentage. The chi-square test, prevalence ratio (PR), and 95% confidence intervals were used to determine the association between variables.

Results: The prevalence of partner violence was 25.7%. The women with more partner violence were those of more than or equal to 46 years (PR = 2,743, 95% CI: 1.485-5.087, $p = 0.001$), unstable partner (PR = 3.023, 95% CI: 1.718-5.321, $p < 0.001$), Family absence (PR = 4.612, 95% CI: 2.795-7.610, $p < 0.001$) and family dysfunction (PR = 17,200, 95% CI: 2,427-121,885, $p < 0.001$).

Conclusions. Partner violence was found associated with family dysfunction and unstable couples with low schooling and few support networks.

Key words: Violence of couple, Family dysfunction, Associated factors.



ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE.....	4
<u>DERECHOS DEL AUTOR</u>	6
<u>PROPIEDAD INTELECTUAL</u>	7
<u>AGRADECIMIENTO.....</u>	8
<u>DEDICATORIA.....</u>	9
CAPÍTULO I	10
1.1 INTRODUCCIÓN.....	10
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II	16
2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO	16
2.1.1 ANTECEDENTES	16
2.1.2 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA	16
2.1.3 TIPOS DE VIOLENCIA.....	21
2.1.4 FACTORES ASOCIADOS.....	22
CAPÍTULO III	30
3.1 HIPÓTESIS	30
3.2 Objetivo General	30
3.3 Objetivos Específicos	30
CAPÍTULO IV	31
4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:	31
4.1 Tipo de estudio:.....	31
4.2 Área de estudio:	31
4.3 Universo y muestra de estudio	31



4.4 Criterios de inclusión:.....	32
4.5 Criterios de exclusión:	32
4.6 Intervención propuesta:.....	33
4.7 Procedimiento e instrumentos para la recolección de datos	33
4.8 Plan de análisis	34
4.9 Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO IV	36
5. RESULTADOS	36
CAPÍTULO VI	39
6. DISCUSIÓN.....	39
CAPÍTULO VII	45
7.1 CONCLUSIONES	45
7.2 RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXO 1	53
ANEXO 2	56
ANEXO 4: Operacionalización de variables:	59



DERECHOS DEL AUTOR

Yo, Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla autora de tesis **“VIOLENCIA DE PAREJA EN CONTRA DE LA MUJER Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. PARROQUIA GÜEL, CANTÓN SIGSIG. 2015- 2016”** Certifico que todas las ideas, criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones, y demás contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 29 Marzo de 2017

Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla

CI # 0103444139

PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla autora de tesis **“VIOLENCIA DE PAREJA EN CONTRA DE LA MUJER Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR. PARROQUIA GÜEL, CANTÓN SIGSIG. 2015- 2016”**. reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este, requisito para la obtención de mi título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 29 de Marzo de 2017



Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla

CI # 0103444139

AGRADECIMIENTO

Agradecerles a todos compañeros y familiares, la plena confianza que siempre me han demostrado, así como la dedicación y la atención que en todo momento me han ofrecido.

A mi directora de tesis, Dra. Lorena Encalada por su esfuerzo, dedicación, quien con sus conocimientos, experiencia, paciencia y su motivación ha aportado al presente trabajo.

De manera especial al Dr. Ulises Freire quien nos ha guiado y apoyado en este proceso de formación. Así como también a mi esposo Jaime Lituma quien me brinda su apoyo incondicional.

A todas las participantes de la parroquia Güel que contestaron pacientemente y de forma desinteresada los cuestionarios, que hicieron factible este trabajo.



Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla

CI # 0103444139

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios quién me guía por el buen camino, me da fuerzas para seguir adelante, pues yo soy, solo el instrumento para realizar su voluntad.

Para mis padres Ángel y Ubaldina por su apoyo, consejos, comprensión, amor en los momentos difíciles. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos Digner y Jeaneth por estar siempre presentes, acompañándome y alentándome a seguir día a día.

A mis hijos Francisco y Angélica quienes son mi motivación, inspiración y felicidad.



Md. Mariela Alexandra Zhunio Malla

CI # 0103444139

CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja, contra la mujer es un problema de salud familiar y Pública por la relación, que tiene con la incidencia dentro de nuestro medio y a nivel mundial tanto como por las consecuencias que puede tener en la salud de las mujeres (1).

Se han realizado estudios a nivel mundial sobre la violencia contra la mujer ejercida por sus parejas, en Europa entre el 18% y 58% refieren haber sido maltratadas por parte de su pareja en algún momento de su vida. Se ha descrito que el 7,9% de las mujeres ha sufrido violencia de pareja, en algún momento de su vida, pero no durante el último año, mientras que un 3% de las mujeres presentan dicho sufrimiento (2).

La prevalencia de violencia de pareja se ha descrito estar presente en el 25,5% de las mujeres; de las cuales 19,6% de la cual fué de naturaleza psicológica. En 11,8% de los casos se trató de maltrato severo (3). Además, las enfermedades que enfrentan las mujeres como resultado de la violencia que ejercen sobre ellas sus parejas va desde lesiones visibles físicamente, hasta condiciones de salud crónicas como son las cefaleas crónicas, enfermedades de transmisión sexual o problemas psiquiátricos.



Pese a todas las consecuencias negativas y la relevancia que trae consigo la violencia contra la mujer el estudio de este fenómeno es muy complejo ya sea por la diversidad de criterios para establecer la definición de violencia, así como también las diversas formas de violencia que se ejerce, entre otras: la violencia sexual, la violencia psicológica, la violencia social, la violencia patrimonial en muchas de las veces estos tipos de violencia coexisten (4). Cabe resaltar que no todos los casos de violencia se reportan por parte de las mujeres, tal como se manifestó que la violencia de pareja representa más del 63% del total de casos denunciados (1).

El presente trabajo fue un aporte para concienciar a las mujeres a denunciar a sus agresores para disminuir la violencia y evitar sus consecuencias tanto en la salud individual como familiar, procurando un mejor desarrollo colectivo a nivel de la sociedad.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según los datos por países de América Latina, entre un 15% y un 76% de las mujeres sufren violencia física y/o sexual a lo largo de su vida. Esta violencia se produce principalmente en el seno de las relaciones íntimas, y una gran cantidad de mujeres (9-70%) indican como responsable maltratador al cónyuge o pareja (1,2).

La Organización Mundial para la Salud (OMS), la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, así como el Consejo de Investigaciones Médicas, han indicado que el 35% de las mujeres han experimentado violencia



física o sexual por parte de su pareja, o violencia sexual por terceros, estos datos fueron basados en información obtenida de más de 80 países, lo que convierte a la violencia de pareja en un problema mundial (5). Mundialmente alrededor de 1 de cada 3 mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja, incluso en algunas regiones la cifra puede ser más alta y el 38% de los asesinatos a mujeres son cometidos por su pareja (6). Por lo tanto, la violencia de pareja puede tener resultados fatales, como el homicidio o femicidio y el suicidio.

De igual manera, en caso de no ser fatal, puede ocasionar graves lesiones físicas y mentales, donde Moral de la Rubia y colaboradores en el 2015 describieron que en 118 mujeres con parejas heterosexuales de México se presentó una frecuencia de violencia de pareja del 25%, con una frecuencia de alteración de la salud mental del 42% en las mujeres víctimas de los agresores (7).

Las estadísticas a nivel local no son confiables pues a nivel del cantón solo existe una base de datos del hospital San Sebastián, además en la comisaría Cantonal de la Mujer y el Juzgado de la Familia no existe una base de datos durante los últimos cuatro años, por lo que esta problemática no se ha estudiado en nuestra población.

Las estadísticas obtenidas desde el área de psicología del distrito 8 del cantón Sigsig provincia Azuay durante el último semestre del año 2014 ha permitido mostrar que se han atendido 66 casos de violencia, siendo 52 casos por



violencia de pareja, de las cuales 38 son mujeres entre los 20 y 45 años de edad, 8 pertenecen al grupo de 46 a 64 años y las 6 restantes están entre los 15 a 19 años y más de 65 años. No obstante, estos hallazgos son meramente descriptivos y no se encuentran publicados en revistas arbitradas, por lo que el aporte científico sobre esta problemática no existe para la localidad.

Por otra parte, del total de mujeres atendidas en el hospital San Sebastián del cantón Sigsig o en el Centro anidado del mismo cantón se tiene un promedio de 8,6 mujeres por mes son víctimas de violencia de pareja, además se describe que en el Azuay en donde 7 de cada diez mujeres ha sufrido de violencia (8). Por lo tanto es importante realizar este estudio en nuestra población.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características de la violencia y su relación con la funcionalidad familiar en las mujeres de la parroquia Güel?

JUSTIFICACIÓN

Se ha afirmado que siete de cada diez mujeres han sufrido algún tipo de violencia por sus parejas durante su vida. La violencia de pareja conlleva a diversos problemas de salud, no solamente en la esfera física, sino también en la mental y social; siendo relevante el papel de la atención primaria en salud para detectar precozmente las mujeres que sufren violencia de pareja (9).



La violencia de pareja y la violencia sexual pueden provocar consecuencias adversas para la mujer y para su descendencia, ocasionando embarazos no planificados o no deseados, abortos espontáneos o inducidos con sus posibles complicaciones para la madre, enfermedades ginecológicas, así como enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por virus de papiloma humano (VPH) o por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como fatales consecuencias con el producto de la concepción, como la muerte fetal, partos pretérmino o recién nacidos con peso menor a 2500 gramos (10).

Las mujeres que son víctimas de la violencia de pareja además tienen una alta probabilidad de desarrollar enfermedades mentales como la depresión, ideas suicidas entre otros. Por su parte en la esfera física, se encuentran mayor frecuencia de cefalea, trastornos gastrointestinales, tensión muscular, dolencias generalizadas, entre otros (11). Esto resulta de vital importancia, ya que el médico no solo debe conformarse con evaluar y tratar las consecuencias orgánicas sino manejar y determinar la causa, por lo tanto deben de reconocer esta afección que se presenta con alta frecuencia en las mujeres de nuestra localidad.

El presente trabajo permite concienciar al personal de salud y a las mujeres de la parroquia Güel sobre esta problemática existente desde la antigüedad como es la violencia de pareja en contra de las mujeres y servirá como base metodológica y científica para iniciar un plan de intervención a nivel local que posteriormente puede extenderse a nivel cantonal y nacional, lo que permitiría un diagnóstico y manejo eficaz y oportuno de este tipo de agresión, lo que



servirá además para denunciar a los agresores y a no vivir en la sumisión y el silencio. Lo que contribuirá para ayudar las futuras generaciones a liberarse y a ser más independientes evitando el maltrato por parte de las parejas, por lo tanto, las beneficiarias de este proyecto van a ser las mujeres de la parroquia Güel y sus familias.

El presente estudio será dado a conocer por el repositorio de la Universidad de Cuenca, en las carteleras del subcentro de salud de la parroquia, así como también de la tenencia política y GAD parroquial; además de su publicación en la revista de la Facultad de Ciencias Médicas para difusión científica.

CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1 ANTECEDENTES

A nivel mundial, se ha descrito que la violencia física y/o sexual por parte de la pareja ha estado presente en algún momento de la vida en el 35% de las mujeres, siendo responsable su pareja. Si bien las mujeres pueden estar expuestas a muchos tipos de violencia, la violencia de pareja es la más frecuente a nivel mundial (8).

Al compararse con las mujeres que no sufren de violencia de pareja, las mujeres que sufren tienen 16% más de probabilidades de presentar hijos con bajo peso al nacer, por otro lado tienen el doble de veces más riesgo de padecer abortos; dos veces más riesgo de presentar depresión y 1,5 veces más probabilidades de infectarse con el VIH. Asimismo, las mujeres que han sido víctimas de violencia sexual por sus parejas, tienen 2,3 veces más probabilidades de presentar alcoholismo y 2,6 veces mayor riesgo de depresión y ansiedad.

2.1.2 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

Las familias son mucho más que grupos de personas que comparten los mismos genes o la misma casa. Deben ser una fuente de apoyo y aliento comenzando con cumplir los roles parentales. Eso no significa que todos se lleven bien todo el tiempo, de esta manera la familia puede cumplir las 4



funciones básicas de la misma. Los conflictos son parte de la vida familiar. Muchos problemas pueden conducir a conflictos, tales como enfermedades, discapacidades, adicciones, pérdida del empleo, dificultades en la escuela y problemas maritales. Escucharse y trabajar para resolver los conflictos es importante para fortalecer la familia.

Si se habla de violencia se refiere a que la pareja, la abofetea, le da golpes como patadas, puñetazos, que puede provocar daño y lesiones físicas psicológicas e incluso la muerte. Las mujeres que han sido objeto de abuso pueden presentar trastornos del sueño, disfunción sexual, depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos de la alimentación y la nutrición, y pueden intentar suicidarse.

La mujer violentada tiene su autoestima baja, por lo tanto, descuida su apariencia personal, el aseo de la casa descuida a sus hijos y no les brinda el apoyo emocional que una mujer no violentada le da a su familia. La violencia sufrida por parte de su pareja puede ser agravada por el consumo y abuso de bebidas alcohólicas, o sustancias alucinógenas.

En nuestro país el 95% de violencia es contra la mujer y se da en el seno del hogar, tal como se demostró en un estudio realizado por la policía judicial durante el año 2008, en el cual se observó que el 58% de agresiones es dada por su pareja, un 23% por el conviviente y el 4% por algún familiar. Azuay es una de las provincias que mayor violencia contra las mujeres por parte de su pareja registra con el 68,8%, cifra superior al porcentaje nacional 60,6% (8).



La violencia de pareja está fuertemente asociada a un amplio espectro de entidades nosológicas, mentales y físicas. Según Hidalgo-García y colaboradores, quienes estudiaron a 16 mujeres víctimas de las agresiones de pareja en Cuba en el año 2014, reportaron que la mayoría se encontraron deprimidas y angustiadas con 93,7%, el 37,5% refirió baja autoestima, 31,2% presentó sentimiento de culpa, 18,5% irritabilidad y 12,5% presentaron ideas suicidas (12).

Por lo tanto, esta situación se ha asociado a mayor mortalidad, discapacidad, peor salud general, dolor crónico, infertilidad, y patología perinatal (13). Más allá de esto, las víctimas de violencia de pareja suelen ser polifrecuentadoras de los servicios de salud, reportan insatisfacción respecto a los mismos, y exhiben relaciones disfuncionales con los proveedores (14).

Con respecto a la salud mental, Beydoun y colaboradores en el año 2012 (15), determinaron que las mujeres agredidas por sus parejas poseen un riesgo 2-3 veces mayor riesgo de padecer trastorno depresivo mayor y depresión posparto. Igualmente, la violencia de pareja se relaciona a la ansiedad, trastorno por estrés agudo, estrés postraumático, así como abuso de sustancias en las víctimas (16). No obstante, no parece haber un vínculo claro entre la violencia de pareja y la conducta suicida, salvo en los casos concomitantes con pobre funcionamiento familiar, donde sí se han registrado mayores tasas de suicidio (17).



Además, la violencia de pareja se relaciona significativamente con consecuencias sociales: mayor propensión al desempleo o bajo desempeño laboral (18), así como a la actividad delinciente en la familia (19). Siendo reportado un peor funcionamiento familiar y menor satisfacción general con la vida (20).

Estos aspectos conllevan a considerar como importante el manejo de estas pacientes. Existen estrategias de intervención aplicables tanto antes como después de eventos agresores agudos. Adquiriendo mayor importancia la prevención, donde la educación de la población representa el componente esencial. De este modo, el empoderamiento educativo, económico y social de las mujeres se ha identificado como un factor protector contra la violencia de pareja (21).

Para garantizar la educación en este grupo, se han implementado intervenciones destinadas a las víctimas, ofreciéndose temas como estilos de crianza, empoderamiento económico, resolución de problemas y prevención de violencia sexual (22). Aunque se ha determinado que las principales características asociadas al éxito de uno de estos programas preventivos son el involucramiento a largo plazo y la repetición y replanteamiento de ideas; donde ninguna modalidad o temática específica parece ser particularmente más efectiva que otra. No obstante, esto pudiera deberse a la escasez de antecedentes metodológicos con respecto a esta problemática (23).



En las mujeres que han sufrido de violencia de pareja, existen varias estrategias posibles de abordaje terapéutico. Los enfoques individuales se centran en el tratamiento del perpetrador, en psicoterapia grupal, se orienta a la adquisición de insight, técnicas de regulación emocional y resolución de conflictos, bajo metodología cognitivo-conductual (24).

Los enfoques de nivel interpersonal implican sesiones psicoterapéuticas de pareja y de familia, orientadas al mejoramiento de las habilidades de comunicación y negociación. Por otro lado, las intervenciones basadas en la teoría de aprendizaje social, utilizan metodología cognitivo-conductual para facilitar el reconocimiento de patrones cognitivos que conlleva a violencia, promoviendo la comunicación efectiva y asertividad (25). Según lo demostraron Cáceres y colaboradores realizaron terapia cognitivo conductual en 73 pacientes víctimas de violencia de pareja con diagnóstico de estrés postraumático mostrando una mejoría clínica estadísticamente significativa con la aplicación de dicha terapia, lo cual debe ser tomando cuenta debido a la coexistencia de otras enfermedades mentales como desorden depresivo mayor (35%), desorden del dolor (13%), fobia específica (12%) y trastorno dismórfico corporal (10%) (26).

De igual forma, las alternativas procedimentales legales varían según la jurisdicción local, deben considerarse según respecta el caso. En general, el arresto tiende a disminuir la violencia y la revictimización, pero su efectividad fluctúa en función de las sanciones e intervenciones realizadas tras el mismo (27). En Ecuador, desde 1994 se cuenta con las Comisariías de la Mujer y la



Familia, instituciones especializadas en justicia y atención integral en prevención, atención y sanción de la violencia de pareja. Lo cual se encuentra dentro del marco de la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia como recursos para acceder a la justicia (28).

2.1.3 TIPOS DE VIOLENCIA

Diversos tipos de violencia pueden ser experimentados por la mujer:

Violencia física: "Este tipo de violencia de pareja incluye todo tipo de acto, no accidental, que produzca cualquier daño corporal en la mujer, entre las cuales se incluyen: las bofetadas, puñetazos, lesiones de tipo cortaduras, fracturas, heridas lacerantes o quemaduras"(29).

Violencia psicológica: "Incluyen a los insultos o amenazas por parte del maltratador o agresor que produzca humillación así como intimidación, que genere intimidación, estricta obediencia en la mujer, así como su convencimiento de que ella es culpable de todo problema ocurrido, en busca de asustar o vigilar su comportamiento". La celopatía y el abuso verbal se incluyen dentro de este tipo de violencia (30).

Violencia sexual: "Este tipo de violencia es observado como imposición de una relación sexual ante la mujer en contra de la voluntad de la misma, dentro de este tipo de violencia destaca el mantener relaciones sexuales en posiciones



no deseadas o en horarios y lugares del hogar en donde la mujer no desea”(31).

2.1.4 FACTORES ASOCIADOS

Para que exista violencia contra la mujer en la pareja existen muchos factores para el presente trabajo estudiaremos los siguientes:

- **Sociales:** Constituyen las normas que conocer el lugar que tiene el control sobre las conductas mujeres por parte de los hombres. Aceptación de la violencia como vía de resolución de conflictos. Noción de la masculinidad unida a al dominio, honor o agresión. Roles de género rígidos. Morales y colaboradores en el año 2012, llevaron a cabo un estudio cualitativo en el cual se determinó que la violencia de pareja repercute negativamente en los aspectos sociales, conduciendo al aislamiento social, teniendo como causa la presión de sus parejas (32).
- **Comunitarios:** Los factores comunitarios se han relacionado con el estatus socioeconómico bajo, la pobreza, la falta de empleo, aislamiento o retracción social y familiar. Estar dentro de grupos sociales violentos. Según Montero y colaboradores en un estudio realizado en el año 2012, se presentó una relación inversa según la violencia de pareja y el nivel educativo de las mujeres, observando que a mayor pobreza y nivel de instrucción bajo mayor fue la violencia de pareja (33).

- Relacionales: Dentro de estos factores se destaca el conflicto de pareja, manipulación de la mujer, control total de los aspectos económicos, así como las decisiones son llevadas a cabo únicamente por el hombre. Disfunción familiar. Gonzales y colaboradores condujeron una investigación en Alemania para el año 2013, en busca de evaluar el nivel de funcionalismo familiar en 20 mujeres víctimas de violencia de pareja, dicho análisis mostró que del total de mujeres agredidas, el 85% presentó alguna funcionalidad familiar, observando un bajo porcentaje de apenas el 15% de función familiar.(34).
- Individuales. Presentar familias de origen que hayan sufrido de violencia, se ha asociado significativamente con la violencia de pareja. En el caso de la mujer, el rechazo del padre, se ha asociado con la violencia de pareja, el consumo de alcohol por el agresor, el asumir el rol de mujer inferior al hombre. Como factores de riesgo para violencia de pareja, se han presentado los antecedentes de la adolescencia de la mujeres que hayan presentado bajo estatus económico, o un nivel educativo bajo (35).

En la búsqueda de respuestas sobre lo previamente mencionado, se han propuesto diversas clasificaciones para definir a la violencia de pareja, las cuales han tomado en cuenta las características de las familias, interacción de los miembros y su tipo de relación por medio de la interrelación de factores variados. Ante este fenómeno, se ha descrito una clasificación de 3 categorías sobre las categorías que comprenden a los factores asociados a la violencia de



pareja: a) Características de los miembros de la que conforman la relación; b) Características del desarrollo evolutivo; y c) Patrones interactivos de la relación (36).

a. Características contextuales de los miembros que de la relación:

En la medida que se aumenta de grupo etario, se tiende a presentar con menor frecuencia la violencia de pareja. Asimismo las mujeres como sexo que según la comunidad tienen mayor susceptibilidad y vulnerabilidad, tiene mayor probabilidad de sufrir violencia de pareja (38). Tal como se ha mencionado previamente, un aspecto contextual que se ha relacionado con la violencia de pareja es la pertenencia a un estrato socioeconómico bajo, así como a la raza negra (37). Por el contrario parte, la violencia es menos frecuente en los estratos socioeconómicos más altos. La ausencia de un empleo, trabajo formal o empleo estable, ha mostrado relación con la violencia de pareja, de igual forma que la raza, mostrando mayor porcentaje la raza negra con porcentajes que rondan el trece por ciento mientras que la raza blanca ha presentado porcentajes menores con frecuencias que rondan en promedio un diez por ciento (38).

Sumado a estos aspectos contextuales de los individuos, se ha reconocido que existe una relación entre los aspectos ambientales en los cuales se encuentran inmersos los sujetos de la relación: La deficiente cohesión de la pareja, así como una pobre inteligencia social, y un mal manejo de las percepciones sociales se han relacionado a presentar mayor frecuencia de violencia de pareja. Rothmany colaboradores realizaron un estudio en el año 2011, en



Boston, para poner en relación estos aspectos con la violencia a la mujer, observando que un 14,3% de las mujeres presentaron agresión física la cual tuvo una asociación significativa con la presencia de una baja cohesión de pareja (OR=1,95), así como un bajo control social (OR=1,92) y una vecindad alterada (OR=1,19)(39).

b. Características del desarrollo evolutivo de los individuos de la relación:

Según el estudio elaborado por Díaz Cárdenas y colaboradores en el año 2015 en una muestra de 220 mujeres, el 12,7 por ciento de las mujeres refirieron haber sido víctimas de violencia de pareja habían presenciado la violencia de pareja en su familia de origen (1). Por lo tanto, ante estos hallazgos y otros previos queda demostrado que el antecedente previo de exposición a violencia de pareja en la familia de origen al igual que la violencia infantil en la mujer aumenta el riesgo de padecer violencia de pareja en la adultez (1).

Otras características a tomar en cuenta son los relacionados a los problemas que tenga la relación de pareja, que tienen sus bases en cuanto a los aspectos inherentes al desarrollo académico de la mujer, ambiente laboral o familiar, así como la conducta antisocial, estos aspectos presentes en la adolescencia han mostrado relación con la violencia de pareja en la etapa adulta (40). Mientras que contar con redes de apoyo social y emocional en el transcurso de la etapa adolescente se ha evidenciado que es un factor protector para violencia de pareja en la adultez (41).



El aspecto psicopatológico del agresor también hay que tomarlo en cuenta, ya que diversos trastornos de personalidad se han reportado en los casos de violencia de pareja, siendo uno de los más relevantes el trastorno de personalidad antisocial, así como los rasgos de personalidad relacionados, en los que se incluyen la impulsividad, ira y hostilidad, (42). Los individuos que presentan una personalidad A (paranoide, esquizoide y esquizotípica) o una personalidad B (histriónica, narcisista y limítrofe) tienen elevadas probabilidades de violencia de pareja, entre tanto los sujetos con personalidades C (evitativa, dependiente y obsesiva-compulsiva) tienen bajo riesgo para violencia de pareja (43). El consumo de sustancias adictivas y perjudiciales como el abuso de alcohol se ha asociado con este tipo de violencia (44).

Se ha descrito que los agresores consumen sustancias perjudiciales en el 61,3%; con elevadas prevalencias de enfermedades mentales: 11,3% trastornos adaptativos, 6,6% de trastornos de personalidad, 2,8% trastornos psicóticos, 1,9% depresivos y 1,9% bipolares. Estos porcentajes son considerables, lo que requiere que sean implementadas las valoraciones psiquiátricas y psicológicas de rutina en todos los casos de violencia de pareja ya sea en la etapa inicial o durante las consultas de rehabilitación de pareja, o en los casos de agresores que se encuentran distanciados de sus parejas por situaciones legales, estos deben recibir asesoramiento de este tipo (45).

c. Patrones de interacción en la pareja

Un factor asociado a la violencia de pareja en el estado civil que ésta presente, debido a que se evidencian mayores casos de violencia en aquellas parejas



que tienen un estado civil poco estable o con lazos débiles, por lo que es frecuente observar que los casos que presentan violencia de pareja, en su mayoría son las uniones libres y los noviazgos en comparación con los matrimonios. La presencia de conflictos dentro de la relación, acompañado del abuso de alcohol y la conducta antisocial, se corresponde como un principal predictor de desarrollo de violencia de pareja. Otros aspectos psicodinámicos a considerar, hacen referencia al comportamiento del agresor dentro de la relación, viéndose muy frecuentemente las conductas de colopatía y comportamientos neuróticos que muestran asociación con la violencia de pareja (46).

La interacción de estos factores producirá un riesgo aumentado para violencia de pareja, sin embargo se han propuesto múltiples teorías para explicar el origen de la violencia de pareja. Cuatro hipótesis parecen tener mayor aceptación psico-socio-biológica: a) Teoría socio-estructural; b) Teoría individual; c) Teoría interpersonal; y d) Teoría de aprendizaje social.

a. Teoría socio-estructural: Esta teoría se apoya sobre conceptos, ideas, experiencias, percepciones e ideales feministas, que atribuye la violencia de pareja a la desigualdad entre género que ha existido desde el principio de los tiempos, viéndose mayormente afectadas las mujeres del tercer mundo. En esta teoría se afianzan los conceptos de actitudes e instituciones patriarcales. Mostrando que el comportamiento agresivo es utilizado por el hombre para alcanzar la dominación masculina y el monopolio sobre el poder y control sobre la mujeres quien es la víctima (47).



b. Teoría individual: Esta concepción de la violencia de género implica que surge de eventos biográficos del perpetrador, que incluyen el maltrato y trauma infantil, estilos parentales disruptivos, estilos de apego desorganizado, trastornos de personalidad, abuso de sustancias, así como un conglomerado de factores psicodinámicos (48).

c. Teoría interpersonal: Localiza el origen de la violencia de pareja primordialmente en el conflicto intra-relación: Patrones de interactividad como habilidades de comunicación y resolución de problemas pobres conllevarían a la producción de dinámicas familiares patológicas propensas a la violencia. Esta perspectiva amplía el campo más allá de la relación de pareja e incluye a todos los miembros de la familia como agentes activos en el origen de la agresión (49).

d. Teoría de aprendizaje social: Conceptualiza la violencia como el producto de las normas sociales y actitudes culturales permisivas hacia la misma. En este sentido, la violencia se aprendería por imitación o ensayo y error, donde el individuo descubre el valor funcional de la violencia al alcanzar sus objetivos deseados, lo cual actúa como sistema de reforzamiento (50).

Sin importar su origen, una vez instalado el ambiente agresogénico, la violencia de pareja tiende a cursar a lo largo de 3 fases cíclicas. En primera instancia, se da un aumento progresivo de la tensión en la relación (51): Durante un tiempo variable (de días a meses o años), suceden incidentes pequeños y auto-



limitados, como gritos, peleas o actos pasivo-agresivos pequeños, que se acumulan, tendiendo a aumentar progresivamente en frecuencia y severidad. Eventualmente, se progresa hasta un evento agresor agudo, de corta duración (menos de 24 horas). Este incidente representa un pico de severidad, y atenta gravemente contra la salud de la víctima. Finalmente, procede la fase de arrepentimiento y reconciliación, donde el agresor tiende a controlar el daño causado durante la etapa previa y regularizar la estabilidad en la relación.

Todos estos aspectos deben de ser considerados y conocidos por el médico de atención primaria, así como el médico familiar, lo que resulta de gran importancia para realizar un diagnóstico temprano, minimizando los daños y consecuencia a la víctima y conduciendo al agresor a una rehabilitación para detener el ciclo evolutivo de la violencia de pareja. Por lo que se necesita mayor cantidad de estudios que aumenten el acervo del conocimiento sobre este comportamiento a nivel regional, nacional y mundial.

CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La funcionalidad familiar está relacionada directamente con la violencia de pareja en contra de la mujer.

3.2 Objetivo General

Determinar las características de violencia de la pareja contra la mujer y la relación con la funcionalidad familiar en la parroquia Güel del Cantón Sigüig.

3.3 Objetivos Específicos

- Describir las características generales de las mujeres en estudio: edad, estado civil, escolaridad, ocupación.
- Identificar la frecuencia de funcionalidad familiar en las familias en estudio.
- Determinar la prevalencia de violencia de pareja.
- Analizar la relación entre violencia de pareja con la funcionalidad familiar y variables sociodemográficas.

CAPÍTULO IV

4. MÉTODOS Y TÉCNICAS:

4.1 Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, analítico de corte transversal.

4.2 Área de estudio:

La parroquia Güel se encuentra ubicada en la posición meridional del Ecuador, en la provincia del Azuay, al Noreste en el cantón Sigsig, aproximadamente, a diez kilómetros de distancia de la cabecera cantonal Sigsig; sus límites son los siguientes: Al Norte: Cantón Gualaceo - parroquia Simón Bolívar Cantón Chordeleg - parroquias San Martín de Puzhío y Luís Galarza Orellana. Al Este: Cantón Chordeleg - parroquia Principal. Al Sur y al Oeste: Parroquia Sigsig. Su superficie es de 14,63 Km² aproximado.

4.3 Universo y muestra de estudio

La parroquia Güel cuenta con 1348 habitantes según el censo del 2010, lo cual fue considerado como la población. Para este estudio se trabajó con las mujeres que se encuentren entre las edades entre los 15 y 65 años en relación de pareja. Para calcular el tamaño de la muestra del estudio se tomaron el total de familias de la parroquia que fueron 260 familias y viven en relación de pareja, comprendidas entre los 15 y 65 años que residan en la parroquia Güel. (Datos obtenidos en la tenencia política 2015).



Para el cálculo el software Epi-dat versión 4.1, considerando una prevalencia de violencia de pareja de 10% (52) y calculado con un límite de confianza de 4% la muestra resultante con un nivel de confianza de 95% fue de 113 mujeres. Por lo tanto se capturaron a las mujeres que vivan en pareja entre los 15 y 65 años de la parroquia Güel, hasta completar el número total de mujeres.

4.4 Criterios de inclusión:

Para realizar el presente estudio se tomaron a todas las mujeres que aceptaron participar firmando el consentimiento informado, con edades comprendidas entre los 15 y 65 años que tuvieron pareja, de la parroquia Güel durante el año 2015.

4.5 Criterios de exclusión:

Se excluyeron del trabajo a todas las personas que presentaron capacidades especiales, tales como síndrome de Down, problemas esquizofrenia descompensada, discapacidad intelectual severa.



4.6 Intervención propuesta:

Técnica:

Se aplicó a todas las mujeres un instrumento de recolección de datos (**ANEXO 1**) para medir los aspectos sociodemográficos, familiares y de violencia de pareja.

4.7 Procedimiento e instrumentos para la recolección de datos

Para la recolección de datos, se seleccionaron las familias de acuerdo al mapa parlante previamente establecido de cada sector, en las familias seleccionadas se aplicó el cuestionario que contiene las variables sociodemográficas, edad en años, instrucción, ocupación, estado civil, para el llenado del mismo.

Para determinar el tipo de violencia se utilizó el test WAST (Woman Abuse Screening Tool) validado científicamente, fue propuesto por Bown J. B y colaboradores, el cual permite ver el tipo de violencia sufrida por la mujer (53). En el test WAST se pregunta por el grado de tensión y de dificultad existente en la relación de pareja, así como por la presencia de episodios violentos, tanto físicos como sexuales y emocionales. La mujer indica la intensidad o la frecuencia de cada una de las cuestiones en una escala tipo Likert, de 1 a 3, siendo 1 la opción de menor intensidad o frecuencia (54).

Para ver la funcionalidad familiar utilizaremos el test de funcionamiento familiar FF-SIL que es un instrumento hecho por el Máster en psicología de la salud y sirve para evaluar de una manera cuantitativamente y cualitativamente la



funcionalidad familiar, con este test se medirá las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad afectividad, roles y adaptabilidad(55). Los Ítems 1 y 8 evalúan la cohesión, 2 y 13 armonía, 5 y 11 comunicación, 7 y 12 permeabilidad 4 y 1 afectividad, 3 y 9 roles, 6 y 10 adaptabilidad (55). Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, que éstas a su vez tienen una escala de puntos: Casi nunca 1 punto. Pocas veces 2 puntos. A veces 3 puntos. Muchas veces 4 puntos. Casi siempre 5 puntos (55).

Cada situación es respondida por el usuario mediante una equis (x) en la escala de valores cualitativos, según su percepción como miembro familiar. Al final se realiza la sumatoria de los puntos, la cual corresponderá con una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar de la siguiente manera: De 57 a 70 puntos - Familia funcional, de 43 a 56 puntos - Familia moderadamente funcional, de 28 a 42 puntos - Familia disfuncional, de 14 a 27 puntos - Familia severamente disfuncional (55). Para el presente estudio se agruparon como familias funcionales a aquellas que presentaron una clasificación de familias funcionales y moderadamente funcionales y disfuncionales a aquellas que fueron disfuncionales y severamente disfuncionales.

4.8 Plan de análisis

Los datos obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos fueron transcritos al programa estadístico SPSS versión 15. Se llevó a cabo una auditoria de la base de datos, y se llevaron a cabo los procedimientos estadísticos. Las variables fueron presentadas como frecuencias absolutas y



relativas (%), se utilizaron los estadísticos de chi cuadrado y la razón de prevalencia (RP), con un IC 95% para establecer la asociación entre las variables. Las asociaciones se consideraron como significativas cuando se obtuvo un valor de $p < 0,05$

4.9 Aspectos éticos

A todas las mujeres seleccionadas se les participó sobre los objetivos del estudio mediante el consentimiento informado (**ANEXO 2**), posterior a su firma estas fueron incluidas para ser evaluadas mediante las encuestas. En consecuencia, se mantuvo el principio de autonomía ya que la participación fue voluntaria, además se garantizó el principio de la confidencialidad, manteniendo el anonimato de todas las participantes.

CAPÍTULO IV

5. RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de las mujeres de la Parroquia Güel según las características socio demográficas. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Grupos Edad	Hasta 20 años	10	8,8
	21 a 45 años	68	60,2
	46 a 65 años	35	31,0
Estado civil	Soltera	9	8,0
	Casada	63	55,8
	Viuda	9	8,0
	unión libre	31	27,4
	Divorciada	1	0,9
Ocupación	Agricultor	2	1,8
	QQDD	67	59,3
	Profesional	6	5,3
	Estudiante	5	4,4
	Comerciante	0	0
	Otros	33	29,2
Nivel de instrucción	Analfabeto	1	0,9
	Primaria	61	54,0
	Secundaria	49	43,4
	Superior	2	1,8
	cuarto nivel	0	0,0

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Mariela Alexandra Zhunio Malla

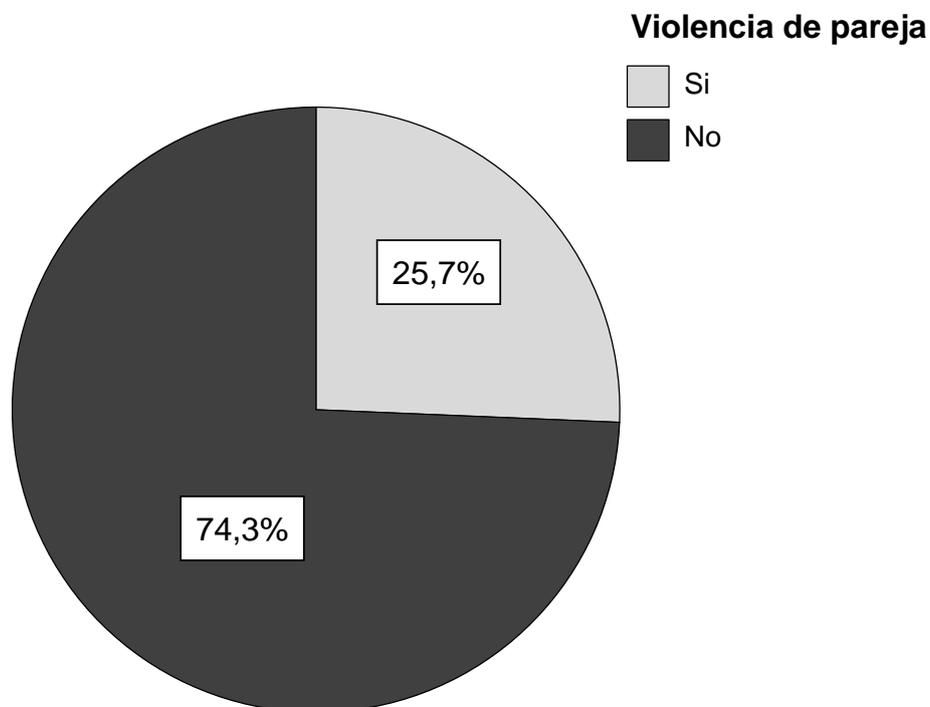
Se incluyeron un total de 113 mujeres en el estudio, el promedio de edad fue de 38 años (DS \pm 14 años). El 60,2% presentó una edad entre 21 a 45 años. El estado civil de casada fue el más frecuente con 55,8%. Los quehaceres del hogar fue la ocupación más frecuente con 59,3%. El nivel de instrucción más frecuente fue la primaria con 54,0% (**Tabla 1**).

Tabla 2. Distribución de las mujeres de la Parroquia Güel según el tipo de familia y su funcionalidad familiar. 2016.

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de Familia	Extensa	2	1,8
	Nuclear	96	85,0
	Persona sin familia	15	13,3
	Equivalente familiar	0	0
	Familia corporativa	0	0
	Familia ampliada	0	0
Funcionalidad Familiar	Disfuncional	70	61,9
	Funcional	43	38,1

El 85,0% de las mujeres presentaron una familia nuclear. La prevalencia de disfuncionalidad familiar fue del 61,9% (Tabla 2).

Figura 1. Prevalencia de violencia de pareja en las mujeres de la Parroquia Güel. 2016.



Fuente: Base de datos

Elaborado por: Mariela Alexandra Zhunio Malla

La prevalencia de violencia de pareja fue del 25,7% (**Figura 1**).

Tabla4. Factores asociados a la violencia de pareja en las mujeres de la Parroquia Güel. 2016.

Variable(s)	Violencia de pareja		RP (IC 95%)	valor <i>p</i>
	Sí n = 29 (100%)	No n = 84 (100%)		
Grupos de Edad	46 años o más	16 (45,7)	2,743 (1,485 - 5,067)	0,001
	Hasta 45 años	13 (16,7)		
Estado Civil	Sin pareja estable	11 (57,9)	3,023 (1,718 - 5,321)	<0,001
	Con pareja estable	18 (19,1)		
Ocupación	QQ.DD.	17 (25,4)	0,973 (0,515 - 1,838)	0,932
	Otra	12 (26,1)		
Nivel de instrucción	Baja	17 (27,4)	1,165 (0,615 - 2,209)	0,638
	Alta	12 (23,5)		
Tipo de Familia	Personas sin familia	12 (80,0)	4,612 (2,795 - 7,610)	<0,001
	Otras	17 (17,3)		
Funcionalidad Familiar	Disfuncional	28 (40,0)	17,200 (2,427 - 121,885)	<0,001
	Funcional	1 (2,3)		

Fuente: Base de datos

Elaborado por: Mariela Alexandra Zhunio Malla

Los factores asociados a la violencia de pareja fueron: la edad mayor o igual a 46 años (RP=2,743; IC95%: 1,485-5,087; $p=0,001$), pareja inestable (RP=3,023; IC95%: 1,718-5,321; $p<0,001$), ausencia de familia (RP=4,612; IC95%: 2,795-7,610; $p<0,001$) y la disfuncionalidad familiar (RP=17,200; IC95%: 2,427-121,885; $p<0,001$). El nivel de instrucción y la ocupación no presentaron asociación significativa ($p>0,05$).



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

La familia representa la principal unidad constitutiva de las sociedades, representando la principal institución social estructural y funcional donde ocurre la formación de la descendencia humana. Por lo tanto, la familia es el semillero del capital humano de cada sociedad, del cual dependerá su desarrollo sustentable. Por ende, el cuidado de la familia es un objetivo prioritario para todas las comunidades (56).

La familia es susceptible a situaciones patológicas, como la disfuncionalidad y la violencia de pareja. Estos fenómenos son altamente disruptivos en la dinámica familiar, y se pueden reflejar de manera deletérea en la funcionalidad de la sociedad en pleno (57). Aunque la disfunción familiar y la violencia de pareja son ubicuas y han existido de manera estable en el tiempo, los diversos factores asociados a estos fenómenos tienden a variar en cada contexto sociocultural. De aquí surge la importancia de estudiar los factores asociados a este comportamiento en cada localidad.



En el presente estudio, la prevalencia de disfunción familiar fue de 61,9%. Esta cifra es similar a la reportada por Rivera Rodas y Sánchez Tapia en el año 2014 en una muestra de 200 adolescentes provenientes de Cuenca, donde la prevalencia fue de 50%¹. En contraste, en una investigación de Castillo Guamán y colaboradores que incluyó 250 familias del cantón Atahualpa- El Oro- Ecuador, la prevalencia de disfunción familiar fue de sólo 5,2%². Si bien esto refleja la variabilidad de la prominencia de la disfunción familiar como fenómeno social según el contexto cultural, sociopolítico y económico de localidad, se debe reconocer que parte de estas variaciones podrían obedecer a la heterogeneidad metodológica en los estudios realizados hasta la actualidad, incluyendo métodos de evaluación y constitución de las muestras. Estas desigualdades han impedido la estimación de una cifra mundial de prevalencia de disfunción familiar.

Por otro lado, se determinó una prevalencia de violencia de pareja del 25,7%, este porcentaje es elevado comparando con otros reportes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha encontrado que la prevalencia de violencia intrafamiliar oscila ampliamente entre localidades, desde 15-71% (58). Un porcentaje similar se observó en un estudio llevado a cabo por Tuesca y Borda, quienes determinaron una prevalencia de violencia de pareja del 22,9% en 275

¹Rivera Rodas A, Sánchez Tapia S. Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014. Tesis previa a la obtención del título de licenciada en Enfermería. Universidad de Cuenca. 2014.

²Castillo Guamán J, Chacha S, Tinoco Reyes Y. Prevalencia de disfuncionalidad familiar y factores asociados en la parroquia Paccha, perteneciente al cantón Atahualpa, Provincia de el Oro, 2014. Tesis previa a la obtención del título de licenciadas en enfermería. Universidad de Cuenca. 2015.



mujeres en edad fértil del barrio Carlos Meissel, de la ciudad de Barranquilla, Colombia en el año 2003 (59).

En Ecuador, para el año 2004, la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (ENDEMAIN) señaló que 15% de las mujeres con edad comprendida entre los 15-49 años señalaron haber sido víctima de violencia emocional en los 12 meses previos; 10% víctimas de violencia física, y 4% de violencia sexual (52). No obstante, las proporciones reales podrían ser más alarmantes: Para este mismo año, el Concejo Nacional de la Mujer (CONAMU) reportó que aproximadamente 7 de cada 10 mujeres ecuatorianas son víctimas de algún tipo de violencia en algún punto de su vida (60). En efecto, de manera similar a lo acontecido con la disfunción familiar, el estudio epidemiológico de la violencia de pareja también es obstaculizado por factores metodológicos entre los diferentes estudios (61).

En la presente investigación, se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y los grupos de edad ($RP=2,743$), siendo más frecuente en las mujeres con edades ≥ 46 años. De manera interesante, esto difiere de las tendencias mundiales: Selic y colaboradores en el año 2011, identificaron en una cohorte de 840 pacientes de clínicas familiares eslovenas, mayor proporción de violencia intrafamiliar en las edades menores de 35 años de edad (62). Esta discrepancia subraya a la población mayor de 45 años de edad como objeto fundamental de estudio y prevención de la violencia de pareja en nuestra comunidad.



El estado civil se asoció con la presencia de violencia de pareja (RP=3,023), siendo esta más frecuente en la población sin pareja estable. Esto armoniza con lo señalado por Capaldi y colaboradores en el año 2012 (63) que incluyó 228 reportes internacionales evaluando los factores de riesgo para violencia de pareja, donde se encontró que fue menos frecuente en las parejas casadas a nivel mundial. No obstante, en Ecuador, Uguña Astudillo (64) encontró mayor prevalencia de violencia de pareja en las mujeres casadas en un grupo de adultas en Cuenca, lo cual resalta la importancia de estudiar el comportamiento epidemiológico de la violencia de pareja de manera específica por localidad.

Por otro lado, no se halló asociación entre la ocupación y el nivel de instrucción de los participantes con la presencia de violencia de pareja. En este sentido, nuestros hallazgos difieren de lo reportado por Capaldi y colaboradores en el año 2012(63), quienes determinaron que, a nivel mundial, las ocupaciones informales o de trabajo obrero, al igual que el bajo nivel de instrucción, se vinculan significativamente con la incidencia de violencia de pareja.

En Ecuador, se han constatado estos hallazgos en demografías distintas a la nuestra: En la investigación de Uguña Astudillo en el año 2013(64), se encontró que las víctimas de violencia intrafamiliar eran más frecuentemente amas de casa o empleadas domésticas; mientras que en un grupo de 451 mujeres víctimas de violencia de pareja atendidas en un centro de apoyo para la mujer y la familia en Cuenca, Parra Bonilla y colaboradores en el año 2015 (65) encontraron que 69,41% de la muestra era analfabeta o había completado su instrucción sólo hasta la educación primaria.

En contraste, el tipo de familia se demostró como factor asociado para violencia de pareja en nuestra población (RP=4,612), siendo más prevalente en las personas sin familia. En efecto, el apoyo familiar y social han sido identificado como uno de los factores de mayor peso no sólo como determinante de la incidencia de la violencia intrafamiliar, sino de la magnitud de su impacto en la salud mental y funcionamiento cotidiano de las víctimas, tal como lo fue constatado por Dougé y colaboradores en el 2014 (66) en una muestra amplia en Estados Unidos. De manera similar, en un estudio cualitativo de Japa Banegas en el 2015 (67) ejecutado en mujeres víctimas de violencia de pareja en Cuenca, la escasez de nexos sociales y familiares, al igual que la percepción subjetiva de soledad, fueron descritos como predisponentes y agravantes de dicha violencia.

Finalmente, la disfunción familiar fue el principal factor asociado para violencia de pareja en nuestra población, con una RP de 17,200. Esto reafirma lo reportado por Capaldi y colaboradores (63), quienes además señalaron aspectos más específicos, como los antecedentes de violencia de pareja en las familias de origen de dicha pareja o abuso infantil, estilos de crianza desorganizados, y el nivel de apoyo emocional intrafamiliar como predictores fundamentales de la incidencia de violencia de pareja.

Aunque no se dispone de estudios previos que examinen esta relación particular en territorio ecuatoriano, en una muestra de 20 mujeres colombianas víctimas de violencia de pareja, Gonzáles Portillo y colaboradores en el



2013(68) determinaron una prevalencia de disfunción familiar leve de 35%, moderada 30% y severa 20%. De igual forma Tuesca y Borda en el año 2003, evidenciaron una estrecha asociación entre la violencia marital y la disfunción familiar, evidenciando que las mujeres con disfunción mostraron un riesgo elevado para violencia marital (59).



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

7.1.1. Se encontró una alta frecuencia de disfunción familiar del 61,9%

.

7.1.2. La prevalencia de violencia de pareja fue alta correspondiendo al 25,7%. Por lo tanto 1 de cada 4 mujeres de nuestra localidad sufre de violencia de pareja.

7.1.3. La edad mayor a 45 años, ausencia de pareja estable y ausencia de familiar mostraron mayor violencia de pareja con una asociación significativa.

7.1.4. El factor que mostró mayor relación con la violencia de pareja fue la disfuncionalidad familiar, mostrando una probabilidad de 17,2 para presentarlo.



7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Ante la elevada frecuencia de disfuncionalidad familiar, se recomienda la ejecución de mayor cantidad de estudios que investiguen los determinantes de la dinámica familiar de nuestra población para desarrollar intervenciones enfocadas en los agravantes de la funcionalidad familiar.
- 7.2.2 Se sugiere realizar estrategias educativas a la comunidad que refuerce los derechos de la mujer y que intervengan la funcionalidad familiar, orientados al desarrollo de habilidades preventivas en las familias, ya que esta es la encargada de generar los recursos con los cuales se regula su sistema de convivencia, con el objetivo de aumentar la educación de las mujeres y fomentar un ambiente de armonía familiar que permita reducir la prevalencia de violencia de pareja.
- 7.2.3 Los factores asociados como la edad, estado civil, tipo de familia y funcionalismo familiar deben de ser incluidos en los protocolos de acción, para desarrollar estrategias de acción ajustadas a los problemas que determinan la violencia de pareja en nuestra comunidad.
- 7.2.4 Es importante realizar un abordaje integral y de interrogatorio por parte de los médicos de familia y de atención primaria en salud a fin de detectar de manera precoz la violencia de pareja en las mujeres, para realizar un manejo eficaz y oportuno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Cárdenas S, Vergara A, Margarita K, González Martínez F. Violencia intrafamiliar y factores de riesgo en mujeres afrodescendientes de la ciudad de Cartagena. *Rev Clínica Med Fam*. Febrero de 2015; 8(1):19-30.
2. Álvarez-Dardet SM, Pérez Padilla J, Lorence Lara B. La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosoc Interv*. Abril de 2013; 22(1):41-53.
3. Borrego R, Vaquero Abellán M, Bertagnolli L, Redondo Pedraza R, Muñoz Alonso A. La violencia contra las mujeres enfermeras en la pareja: Primeros resultados de un estudio en Andalucía. *Enferm Glob*. 2011; 10(21):0-0.
4. Espinosa Morales M, Alazales Javiqué M, Madrazo Hernández B, Socarrás G, Margarita A, Labrador P, et al. Violencia intrafamiliar, realidad de la mujer latinoamericana. *Rev Cuba Med Gen Integral*. Marzo de 2011; 27(1):98-104.
5. Munévar DI. Delito de femicidio. Muerte violenta de mujeres por razones de género. *Rev Estud Socio-Juríd*. 2012; 14(1):135-75.
6. Hsieh SW. Femicidio, un indicador de violencia social hacia la mujer. *Med Leg Costa Rica*. Marzo de 2012; 29(1):79-82.
7. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S, Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. Violencia de Pareja y Alexitimia en Mujeres Neoleonesas. *Acta Investig Psicológica*. 2015; 5(1):1831-45.
8. azuay.pdf [Internet]. [Citado 18 de diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual-lateral/Resultados-provinciales/azuay.pdf>
9. Salazar Villarroel D, Vinet Reichhardt E. Mediación familiar y violencia de pareja. *Rev Derecho Valdivia*. Julio de 2011; 24(1):9-30.
10. Li Y, Marshall CM, Rees HC, Nunez A, Ezeanolue EE, Ehiri JE. Intimate partner violence and HIV infection among women: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc*. 13 de febrero de 2014; 17(1):18845.
11. Trevillion K, Oram S, Feder G, Howard LM. Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*. 26 de diciembre de 2012; 7(12):e51740.
12. Hidalgo García L, López V, Cecilia D. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MEDISAN*. Febrero de 2014; 18(2):181-7.

13. Hill A, Pallitto C, McCleary-Sills J, Garcia-Moreno C. A systematic review and meta-analysis of intimate partner violence during pregnancy and selected birth outcomes. *Int J Gynecol Obstet.* junio de 2016; 133(3):269-76.
14. Plichta SB. Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *J Interpers Violence.* Noviembre de 2004; 19(11):1296-323.
15. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* Septiembre de 2012; 75(6):959-75.
16. Yedra LR, Flores M del PG. Violencia en el noviazgo asociada al consumo de sustancias en estudiantes universitarios de una universidad portuguesa. *Rev Iberoam Para Investig El Desarro Educ ISSN 2007-2619.* 5 de febrero de 2015; 10:1-20.
17. Espinoza-Gómez F, Zepeda-Pamplona V, Bautista-Hernández V, Hernández-Suárez CM, Newton-Sánchez OA, Plasencia-García GR. Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Pública México.* 2011; 52(3):213-9.
18. Wathen CN, MacGregor JCD, MacQuarrie BJ. The Impact of Domestic Violence in the Workplace: Results From a Pan-Canadian Survey. *J Occup Environ Med.* Julio de 2015; 57(7):e65-71.
19. Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Reynaldos-Quinteros C, Figueroa-Villaseñor NS, Araiza-González A. Factores asociados a la delincuencia en adolescentes de Guadalajara, Jalisco. *Papeles Poblac.* Junio de 2011; 17(68):103-26.
20. Rivera D, Cruz C, Muñoz C. Satisfacción en las Relaciones de Pareja en la Adulthood Emergente: El Rol del Apego, la Intimidad y la Depresión. *Ter Psicológica.* Julio de 2011; 29(1):77-83.
21. Carrascosa L, Cava M-J, Buelga S. Ajuste psicosocial en adolescentes víctimas frecuentes y víctimas ocasionales de violencia de pareja. *Ter Psicológica.* Julio de 2016; 34(2):93-102.
22. Bair-Merritt MH, Lewis-O'Connor A, Goel S, Amato P, Ismailji T, Jelley M, et al. Primary Care-Based Interventions for Intimate Partner Violence. *Am J Prev Med.* febrero de 2014; 46(2):188-94.
23. Lundgren R, Amin A. Addressing Intimate Partner Violence and Sexual Violence Among Adolescents: Emerging Evidence of Effectiveness. *J Adolesc Health.* Enero de 2015; 56(1):S42-50.

24. Ibaceta F. Violencia en la Pareja: ¿Es Posible la Terapia Conjunta? *Ter Psicológica*. Julio de 2011; 29(1):117-25.
25. Loinaz I. Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una Herramienta de Evaluación. *Ter Psicológica*. Abril de 2014; 32(1):5-17.
26. Cáceres-Ortiz E, Labrador-Encinas F, Ardila-Mantilla P, Parada-Ortiz D. Effectiveness of cognitive-behavioral treatment focused on the trauma of victims of intimate partner violence (IPV). *Psychol Av Discip*. Diciembre de 2011; 5(2):13-31.
27. Muscat BT. The Effects of Arrest on Domestic Violence Incidence and Revictimization: Logistic Regression and Regression Time Series Analysis on the National Crime Victimization Survey from 1987 to 2003. *Vict Offenders*. Octubre de 2011; 6(4):416-20.
28. UNICEF. La violencia de género contra las mujeres en el Ecuador. 2014. Disponible en: http://www.unicef.org/ecuador/Violencia_de_Gnero.pdf.
29. Koski AD, Stephenson R, Koenig MR. Physical Violence by Partner during Pregnancy and Use of Prenatal Care in Rural India. *J Health Popul Nutr*. Junio de 2011; 29(3):245-54.
30. Karakurt G, Silver KE. Emotional abuse in intimate relationships: The role of gender and age. *Violence Vict*. 2013; 28(5):804-21.
31. Peterman A, Palermo T, Bredenkamp C. Estimates and Determinants of Sexual Violence Against Women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health*. Junio de 2011; 101(6):1060-7.
32. Morales N, Rodríguez Del Toro V. Experiencias de violencia en el noviazgo de mujeres en Puerto Rico. *Rev Puertorriqueña Psicol*. 2012; 23:57-90.
33. Montero I, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Talavera M, et al. Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *J Epidemiol Community Health*. Abril de 2012; 66(4):352-8.
34. Gonzales Portillo J, Marín R, Merly F, Restrepo M, Alexandra X, Bonilla V, et al. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar en el municipio de Armenia. *El Ágora USB*. Julio de 2013; 13(2):399-410.
35. Rivera-Rivera L, Rivera-Hernández P, Pérez-Amezcuca B, Leyva-López A, Castro F de. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud Pública México*. Junio de 2015; 57(3):219-26.

36. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partn Abuse*. 1 de abril de 2012; 3(2):231-80.
37. Huang C-C, Son E, Wang L-R. Prevalence and Factors of Domestic Violence Among Unmarried Mothers With a Young Child. *Fam Soc J Contemp Soc Serv*. Enero de 2011; 91(2):171-7.
38. López Angulo L, Fundora Quintero Y, Valladares González A, Ramos Rangel Y, Blanco Fleites Y. Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales: una explicación necesaria. *Rev Finlay*. Septiembre de 2015; 5(3):161-9.
39. Rothman EF, Johnson RM, Young R, Weinberg J, Azrael D, Molnar BE. Neighborhood-level factors associated with physical dating violence perpetration: results of a representative survey conducted in Boston, MA. *J Urban Health Bull N Y Acad Med*. abril de 2011; 88(2):201-13.
40. Dishion TJ, Véronneau M-H, Myers MW. Cascading peer dynamics underlying the progression from problem behavior to violence in early to late adolescence. *Dev Psychopathol*. Agosto de 2010; 22(3):603-19.
41. Huang C-C, Son E, Wang L-R. Prevalence and Factors of Domestic Violence Among Unmarried Mothers With a Young Child. *Fam Soc J Contemp Soc Serv*. Enero de 2010; 91(2):171-7.
42. Echeburúa E, Amor PJ. Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico? *Ter Psicológica*. Abril de 2016; 34(1):31-40.
43. Torres A, Lemos-Giráldez S, Herrero J. Violencia hacia la mujer: características psicológicas y de personalidad de los hombres que maltratan a su pareja. *An Psicol*. Enero de 2013; 29(1):9-18.
44. Loseke DR, Gelles RJ, Cavanaugh MM. *Current Controversies on Family Violence*. SAGE Publications; 2005. 404 p.
45. Chérrez-Bermejo C, Alás-Brun R. Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: un estudio descriptivo. *Rev Esp Sanid Penit*. Octubre de 2014; 16(2):29-37.
46. Muñoz Vicente JM, López-Ossorio JJ. Valoración psicológica del riesgo de violencia: alcance y limitaciones para su uso en el contexto forense. *Anu Psicol Juríd*. 2016; 26(1):130-40.
47. Sosa A, Rocío G. Social representations of Intimate partner violence in Medellín in XXI century. *CES Psicol*. Junio de 2013; 6(1):134-58.



48. Saldivia C, Vizcarra B. Consumo de Drogas y Violencia en el Noviazgo en Estudiantes Universitarios del Sur de Chile. *Ter Psicológica*. Julio de 2012; 30(2):43-9.
49. Sanhueza Morales T. Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: Convergencias y divergencias. Reflexiones para un debate. *Ultima Década*. Julio de 2016; 24(44):133-67.
50. JaenCortés CI, Aragón SR. Violencia de Pareja en Mujeres: Prevalencia y Factores Asociados. *Acta Investig Psicológica - Psychol Res Rec*. 2015; 5(3):2224-39.
51. Negrete Cortés A, Vite Sierra A. Relación de la violencia familiar y la impulsividad en una muestra de adolescentes mexicanos. *Acta Colomb Psicol*. Diciembre de 2011; 14(2):121-8.
52. Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Informe Final de la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil- ENDEMAIN. Quito-Ecuador: CEPAR; 2004.
53. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit*. 2008; 22(5):415-420.
54. Pueyo AA, López S, Álvarez E. Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles Psicólogo*. 2008; 29(1):107-122.
55. Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D de la, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cuba Enferm*. 1999; 15(3):164-168.
56. Reyna JM, Salcido MRE, Arredondo AP. Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Altern En Psicol*. Febrero de 2013; 17(28):73-91.
57. Conger RD, Conger KJ, Martin MJ. Socioeconomic Status, Family Processes, and Individual Development. *J Marriage Fam*. 2011; 72(3):685-704.
58. Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet Lond Engl*. 7 de octubre de 2006; 368(9543):1260-9.
59. Tuesca R, Borda M. Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gac Sanit*. 2003; 17(4):302-308.
60. Valdivierzo C. Questionnaire to Governments on Implementation of the Beijing Platform for Action. Quito, Ecuador: National Council of Women (CONAMU); 2004.



61. Othman S, Goddard C, Piterman L. Victims' barriers to discussing domestic violence in clinical consultations: a qualitative enquiry. *J Interpers Violence*. Mayo de 2014; 29(8):1497-513.
62. Selic P, Pesjak K, Kersnik J. The prevalence of exposure to domestic violence and the factors associated with co-occurrence of psychological and physical violence exposure: a sample from primary care patients. *BMC Public Health*. Diciembre de 2011; 11(1):621.
63. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partn Abuse*. 1 de abril de 2012; 3(2):231-80.
64. Uguña Astudillo P. Casa de Acogida «María Amor»: Modelo de atención para mujeres que viven violencia. Tesis previa a la obtención del título de sociología. Universidad de Cuenca. 2013.
65. Parra Bonilla L. Quioz B. Rodas M. Prevalencia de violencia de género y sus factores de riesgo en el centro de apoyo a la mujer y la familiar "Las marías, Cantón Gualaceo-Azuay en el período 2010-2013. Tesis previa a la obtención del título de médico y médica. Universidad de Cuenca. 2015.
66. Dougé N, Lehman EB, McCall-Hosenfeld JS. Social Support and Employment Status Modify the Effect of Intimate Partner Violence on Depression Symptom Severity in Women: Results from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System Survey. *Womens Health Issues*. Julio de 2014; 24(4):e425-34.
67. Japa Banegas I. Violencia doméstica hacia la mujer. Monografía previa a la obtención del título de licencianda en Trabajo social. Universidad de Cuenca. 2015.
68. Gonzales Portillo J, Marín R, Merly F, Restrepo M, Alexandra X, Bonilla V, et al. Niveles de disfunción familiar, en veinte mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el municipio de Armenia. *El Ágora USB*. Julio de 2013; 13(2):399-410.



ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Instructivo: Por favor solicito a Ud. contestar las preguntas que se presentan a continuación con la mayor sinceridad posible y absoluta seriedad. Marcar con una X la respuesta que considera le corresponda, recuerdo que la información proporcionada es estrictamente confidencial.

Fecha.....Formulario #.....

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad en años....

Estado civil:

- 1. Soltera ()
- 2. Casada ()
- 3. Viuda ()
- 4. Unión libre ()
- 5. Divorciada ()

Ocupación

- 6. Agricultor ()
- 7. QQDD ()
- 8. Profesional ()
- 9. Estudiante ()
- 10. Comerciante ()
- 11. Otros () especifiquen:

Nivel de instrucción: años aprobados:



WAST WOMAN ABUSE SCREENING TOOL

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

Mucha tensión ()

Alguna tensión ()

Sin tensión ().

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Mucha dificultad ()

Alguna dificultad ()

Sin dificultad ()

3. Alguna vez las discusiones hacen que se sienta deprimido o mal consigo mismo SI.... NO.....

4. ¿Conducen las discusiones a golpes o empujones? Si.... No...

5. ¿Se siente a veces acusado por lo que su pareja hace o dice? Si.... No...

6. ¿Ha sufrido alguna vez malos tratos físicos por su pareja? Si.... No...

7. ¿ha sufrido alguna vez malos tratos emocionales por parte de su pareja?

Si.... No...

8. ¿Ha sufrido alguna vez abusos sexuales por su pareja? Si.... No...

**ESCALA DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR FF-SIL**

FUNCIÓN		Casi Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia?					
1.	En mi casa predomina la armonía?					
2.	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades?					
3.	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida diaria					
4.	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa ¿?					
5.	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobre llevarlos?					
6.	Tomamos en cuenta las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles?					
7.	Cuando alguien de la familia tiene un problema: ¿los demás le ayudan?					
8.	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobre cargado?					
9.	Las costumbres familiares pueden cambiarse ante determinadas situaciones?					
10	Podemos conversar diversos temas sin temor?					
11	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda de otras personas?					
12	Los intereses y necesidades de cada cual, son respetados por el núcleo familiar?					
13	Nos demostramos el cariño que nos tenemos?					

Funcional:

- Funcional: 57 a 70 puntos
- Moderadamente funcional: 43 a 56 puntos

Disfuncional:

- Disfuncional: 28 a 42 puntos
- Severamente disfuncional: 14 a 27 puntos



ANEXO 2

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mariela Alexandra Zhunio Malla, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria quien estoy realizando el proyecto “VIOLENCIA DE PAREJA EN CONTRA LA MUJER Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PARROQUIA GUEL, CANTON SIGSIG 2015-2016.”, como tesis previa a la obtención del Título de Especialista, solicito a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de consentimiento.

Información del estudio: en este estudio se tiene planificado realizar la aplicación de un formulario donde contestará, datos socio demográficos como edad, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, tipo de familia, ingresos económicos, Funcionalidad de las familias.

Riesgos del Estudio: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no tiene costo.

Beneficios: la información obtenida será utilizada para aportar al conocimiento científico y al campo de la salud familiar con una herramienta objetiva y confiable. No recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.

Confidencialidad: cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejan la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó la encuesta.

Su participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera el trato por parte del investigador.

Además es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno. Para cualquier duda e inquietud contactarse con Mariela Zhunio 0995052896.

Yo, _____, con número de cédula de identidad _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

.....
Firma de la participante

.....
Fecha



ASENTIMIENTO INFORMADO.

Yo, Mariela Alexandra Zhunio Malla, estudiante de la Universidad de Cuenca de la Facultad de Ciencias Médicas, Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria quien estoy realizando el proyecto “VIOLENCIA EN PAREJA CONTRA LA MUJER Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LA PARROQUIA GUEL, CANTON SIGSIG 2015-2016.”, como tesis previa a la obtención del Título de Especialista, solicito a usted su colaboración en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Antes de decidir si usted acepta la participación o no de su hija, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Una vez que haya comprendido el estudio y si desea participar, entonces se le pedirá que firme esta hoja de asentimiento.

Información del estudio: en este estudio se tiene planificado realizar la aplicación de un formulario donde contestará, datos socio demográficos como edad, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, tipo de familia, ingresos económicos, Funcionalidad de las familias.

Riesgos del Estudio: la participación en la presente investigación no implica riesgo alguno y no tiene costo.

Beneficios: la información obtenida será utilizada para aportar al conocimiento científico y al campo de la salud familiar con una herramienta objetiva y confiable. No recibirá remuneración u otros beneficios por participar en el presente estudio.

Confidencialidad: cualquier información obtenida en este estudio se guardará en un archivo, solo los investigadores manejan la información presente en el mismo, evitando así la identificación de la persona que llenó la encuesta.

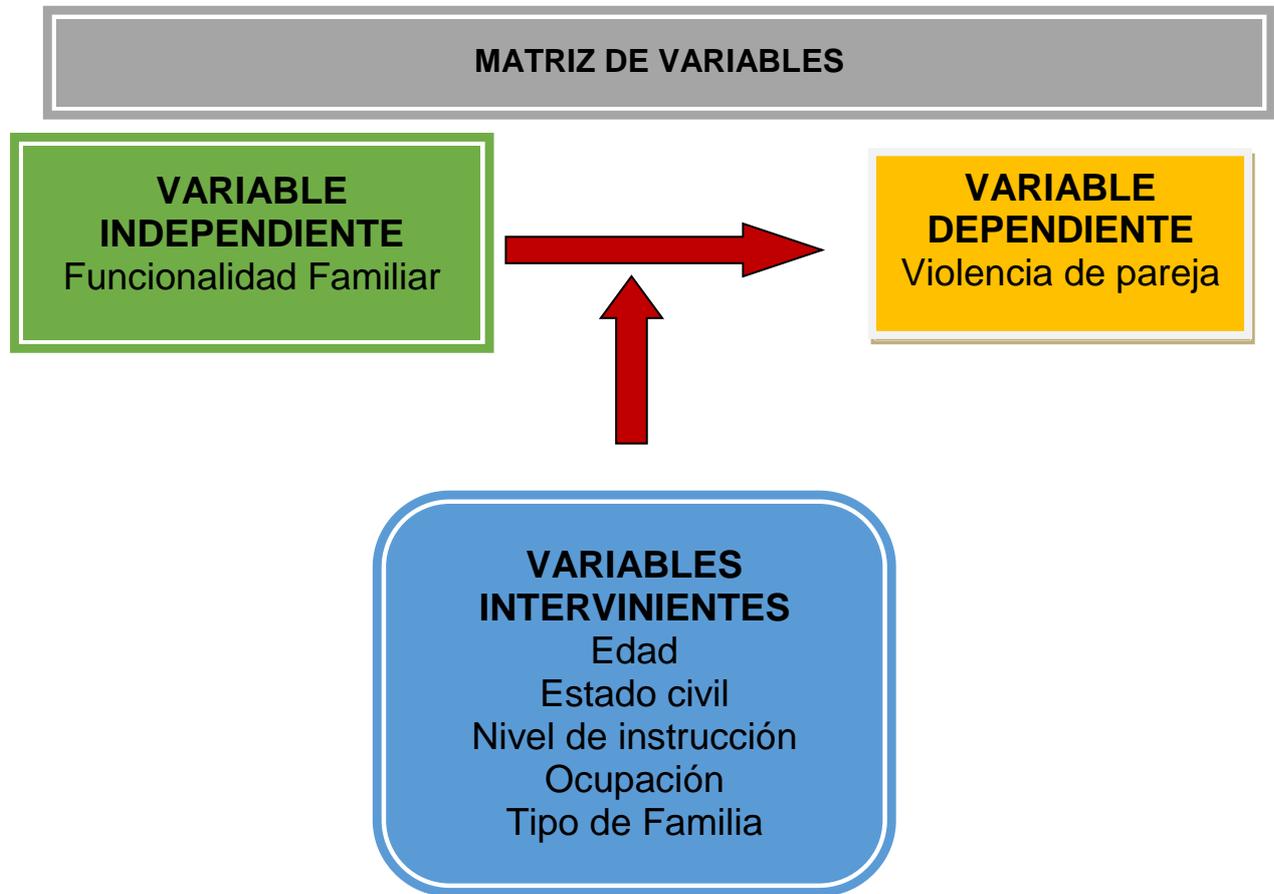
Su participación es voluntaria, su decisión no afectará de ninguna manera el trato por parte del investigador.

Además es libre de retirarse del estudio cuando lo considere oportuno.

Yo, _____, con número de cédula de identidad _____, he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informada y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto la participación en este estudio de investigación.

.....
Firma de la participante
fecha.....

ANEXO 3: Variables



ANEXO 4: Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento	Años	Numérica Menor 20 21-45 46-65
Instrucción	Grado de educación formal que un individuo posee al haber acudido a una institución y que es reconocido por el Ministerio de Educación.	Grado de instrucción formal	Años aprobados	Sin instrucción Primaria Primaria incompleta Secundaria Secundaria incompleta Tercer nivel Tercer nivel incompleto Cuarto nivel
Estado civil	Situación legal de un individuo en relación a otros y	Situación legal de convivencia	Situación legal de convivencia	Soltera Casada Viuda Divorciada



	reconocido por las leyes del país			Unión libre
Tipo de familia	Formación de las familias de acuerdo a su estructura	Tipo de estructura familiar	Tipo de familia determinado por el familiograma	Extensa Nuclear Persona sin familia Equivalente familiar Familia corporativa Familia ampliada
Violencia de pareja	Maltrato por parte de la pareja	Violencia física Violencia psicológica Violencia sexual	Puntaje de Test de WAST WOMAN ABUSE SCREENING TOOL de 1 a si y 2 al no	1 Maltrato 2 No Maltrato
FUNCIONALIDAD FAMILIAR Cohesión	Cohesión: unión Armonía:	TEST FF-SILL	Puntaje test FF-SILL	De 57 a 70 pts. Familias funcionales De 43 a 56 pts.



Armonía	correspondencia			Familia
Comunicación	entre los intereses			moderadamente funcional
Permeabilidad	Comunicación: Intercambio			De 28 a 42 ptos. Familia
Afectividad	adecuado de ideas			disfuncional De 14 a 27 ptos. Familia
Roles	Permeabilidad: capacidad de			severamente disfuncional
Adaptabilidad	brindar y recibir. Afectividad: capacidad de demostrar sentimientos y emociones. Roles: funciones Adaptabilidad: capacidad de cambiar de estructura de acuerdo a las situaciones			