UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

TEMA:

EFECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO DE MARZO-OCTUBRE DEL 2012.

AUTORAS:

MERCEDES JANETH BASANTEZ SÁNCHEZ

DIANA DEL CARMEN LLANOS ORTEGA

MARÍA TERESA SIMALIZA ROMERO

DIRECTOR

DR. WASHINGTON EFRAÍN AGUAGÜIÑA GONZÁLEZ

GUARANDA – ECUADOR

2012

I. DEDICATORIA.

Quienes desarrollamos esta investigación con amor y mucho interés, queremos dedicar primeramente a Dios, por ser quien ha estado a nuestro lado en todo momento dándonos la fuerza y valor necesaria para cumplir con nuestra meta propuesta.

A nuestros Padres, por ser la fuente de motivación para superarnos cada día, impartiéndonos valores, guiándonos correctamente y ofreciendo el sabio consejo en el momento oportuno y así poder forjarnos un futuro mejor; quienes con su apoyo incondicional y permanente hicieron posible culminar este proyecto.

GRACIAS

II. AGRADECIMIENTO.

A la Universidad Estatal de Bolívar Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, a nuestros distinguidos maestros quienes han compartido sus sabias enseñanzas, haciendo de nosotras parte de la Sociedad.

A nuestro distinguido Director de la Tesis Dr. Washington Efraín Aguagüiña González, por ser quien nos ha guiado en la elaboración de este presente trabajo investigativo y educándonos para proyectos futuros.

Diana

Teresa

Mercedes

III. CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS.

DOCTOR. WASHINGTON EFRAÍN AGUAGÜIÑA GONZÁLEZ.

CERTIFICA:

En calidad de Director de la Tesis de Grado con el tema "Efectos psicológicos relacionados a la violencia doméstica en mujeres de 25 a 40 años de edad que acuden al servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo de Abril - Octubre del 2012.", presentado por las Internas Rotativas de Enfermería: Mercedes Basantez, Diana Llanos, Teresa Simaliza para optar el título de licenciadas en enfermería, considero que dicho trabajo de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del tribunal examinador que se designe.

En la ciudad de Guaranda, a los 30 días del mes de Noviembre del 2012.

Dr. Washington Efraín Aguagüiña González.

DIRECTOR DE TESIS.

INDICE GENERAL.

CONTENIDOS **PÁGINA**

Dedicatoria……..I

Agradecimiento……...II

Certificado del director de tesis…….....III

Abreviaturas…….....IV

Tema…….....V

CAPITULO I……1

1.1 Introducción ……....1

1.2 Justificación……..2

1.3 Planteamiento de problema……3

1.4 Objetivos…….....4

1.4.1 Objetivo general……..4

1.4.2 Objetivos específicos……4

1.5 Hipótesis…….....5

1.6. Variables …….....6

1.6.1 Variable independiente…….....6

1.6.2 Variable dependiente…….....6

1.6.3 Operacionalización de variables ……..7

Marco referencial…….....10

1.7 Descripción del Hospital Provincial Docente Ambato……..10

1.8 Historia del Hospital Provincial Docente Ambato……10

1.8.1 Servicios que presta el hospital……...10

1.8.2 Visión del hospital…….....11

1.8.3 Misión del hospital……12

1.9 Servicio de emergencia……...12

1.9.1Infraestructura del servicio de emergencia……..12

1.9.2 Misión del servicio de emergencia……12

1.9.3 Visión del servicio de emergencia……....13

CAPITULO II…….....14

Marco teórico……...14

2.1 Reseña Histórica…….....14

2.2 violencia domestica…….....15

2.2.1 Tipos de Violencia…….....15

2.2.2 Formas de violencia domestica…….....16

2.2.3 Factores de riesgo de ser mujer maltratada……...16

2.2.4 Rasgos de la mujer víctima de violencia ……....17

2.2.5 Circulo de violencia domestica……....18

2.3 Efectos psicológicos…….....19

2.3.1 Síndrome depresivo……19

2.3.1.1 Los síntomas depresivos……19

2.3.2 El síndrome de Estocolmo…….…....20

2.3.2.1 Indicadores del síndrome de Estocolmo…….21

2.3.3 Trastorno de estrés postraumático……...21

2.3.3.1 Síntomas del trastorno de estrés postraumático ……....21

CAPITULO III……22

Marco metodológico…….....22

3.1 Diseño metodológico…….....22

3.2 Tipos de investigación…….....22

3.2.1 Estudio descriptivo…….....22

3.2.2 Estudio exploratorio…….....22

3.2.3 Estudio transversal……...23

3.3 Población …….....23

3.4. Muestra …….....23

3.5 Métodos de investigación ……23

3.5.1 Método científico……23

3.5.2 Método analítico…….23

3.6 Técnicas e instrumentos……..24

3.6.1 Encuesta……...24

3.7 Técnicas de procesamiento y presentación de resultados…….....24

3.8 Plan de tratamiento para procesamiento y análisis de la información……24

CAPITULO IV……..25

4.1 Análisis e interpretación de la investigación realizada…….....25

4.2 Conclusiones ……...36

4.3 Recomendaciones ……...37

CAPITULO V……..38

5.1 Propuesta ……38

5.2 Introducción…….....39

5.3 Justificación ……40

5.4 Objetivos ……..41

5.4.1 Objetivo general ……41

5.4.2 Objetivos específicos……..41

5.5 Descripción de violencia domestica……42

5.5.1 Tipos de violencia……42

5.5.2 Formas de violencia……42

5.6 Sustentación de la propuesta …….....43

5.7 Protocolo……44

5.8 Recomendaciones finales para la mujer violentada……...50

5.9 Sostenibilidad……....50

5.10 Factibilidad……..51

5.11 Resultados esperados……..51

Glosario de términos……...52

Bibliografía ……54

Anexos.

IV. ABREVIATURAS

HPDA: Hospital Provincial Docente Ambato.

INEC: Instituto nacional de estadística y censo.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización mundial de salud.

TEPT: Trastorno de estrés postraumático.

V. TEMA:

EFECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO DE MARZO - OCTUBRE DEL 2012.

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

ESCUELA DE ENFERMERÍA

EFECTOS PSICOLÓGICOS RELACIONADOS A LA VIOLENCIA DOMÉSTICA EN MUJERES DE 25 A 40 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO EN EL PERIODO DE MARZO - OCTUBRE DEL 2012.

DR. WASHINGTON EFRAÍN AGUAGÜIÑA GONZÁLEZ

DIRECTOR:

PROFESOR EVALUADOR:

PROFESOR EVALUADOR

CAPITULO I.

1.1 INTRODUCCION.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en Ecuador el 53.9% corresponde a la violencia psicológica y el 35.3% a la violencia a física y sexual (INEC, 2012).

En un estudio realizado por la **OMS** en varios países, entre un 15% y un 71% de las mujeres refirieron haber sufrido en algún momento violencia física o sexual por parte de su pareja (OMS, 2011).

La violencia contra la Mujer no conoce distinciones de clase social, etnia y cultura. Todos los días dentro de su casa o comunidad, en el lugar donde deberían sentirse protegidas, miles de mujeres son golpeadas y nos involucra a todos, porque es un comportamiento aprendido que necesita del esfuerzo de todos para enseñar nuevos comportamientos sociales capaces de detenerla. Considerando estos antecedentes se planteó dirigir una investigación para determinar los efectos psicológicos que produce la violencia doméstica en las mujeres de 25 a 40 años de edad que han sido víctimas de este problema social que acuden al servicio de emergencia del HPDA.

Nuestra investigación contiene:

Capítulo I: Abarca introducción, justificación, objetivos, planteamiento del problema, hipótesis, variables y marco teórico referencial del HPDA.

Capítulo II: Violencia domestica y efectos psicológicos.

Capítulo III: Tipos de investigación, población, muestra, métodos de investigación, técnicas e instrumentos.

Capítulo IV: Presentación y análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo V: Protocolo de intervención de enfermería para la detección oportuna de violencia domestica.

1.2 JUSTIFICACIÓN.

Dado que la violencia doméstica cada vez es más frecuente, en la provincia de Tungurahua siete de cada diez mujeres son violentadas lo que perjudica el desempeño en sus actividades cotidianas y laborales porque disminuye sus capacidades mentales, físicas, emocionales en su medio social; produciendo un aumento en el índice de morbilidad-mortalidad en las mujeres de 25 a 40 años.

Es importante hacer un diagnóstico oportuno de este problema, por lo tanto el propósito del estudio es proponer un protocolo de intervención y dar a conocer al personal de enfermería que labora en esta área para su ejecución.

Esta investigación contribuyo a diagnosticar la violencia doméstica en la ciudad de Ambato, con la finalidad de identificar y minimizar los efectos psicológicos producidos en las usuarias que acuden al servicio de emergencia del HPDA.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los efectos psicológicos que produce la violencia doméstica en mujeres de 25 – 40 años de edad que acuden al Servicio de Emergencias del Hospital Provincial Docente Ambato?

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar a las usuarias que son víctimas de violencia doméstica y sus efectos psicológicos en mujeres de 25 a 40 años de edad que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato en el periodo de Marzo - Octubre del 2012.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el porcentaje de usuarias que acude al servicio de emergencia que son víctimas de violencia doméstica.
- Identificar los efectos psicológicos más comunes en la mujer violentada.
- Proponer un Protocolo de Intervención de Enfermería para la detección oportuna de violencia doméstica en las mujeres que acuden al servicio de emergencia del HPDA.

1.5 HIPOTESIS.

La intervención oportuna para identificar a las mujeres agredidas a través de un protocolo ayudaría a diagnosticar y minimizar los efectos psicológicos en mujeres de 25 a 40 años de edad que son víctimas de violencia doméstica.

1.6 VARIABLES.

1.6.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.

Violencia doméstica.

1.6.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

Efectos Psicológicos.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE INDEPENDIENTE: Violencia doméstica				
DEFINICIÓN	**DIMENSIONES**	**INDICADORES**	**ITEMS**	**TÉCNICA**
Cualquier acto de violencia que provoca daños físicos, sexuales o psicológicos para la mujer, incluyendo actos, de coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran en el hogar.	Físico	¿Conduce las discusiones a golpes o empujones?	SI ( ) NO ( )	- Encuesta
	Psicológico	¿Los conflictos generados en su hogar le conducen a sentir miedo y angustia?	SI ( ) NO ( )	
	Sexual	¿Cuándo tiene relaciones con su pareja son?	voluntariamente ( ) forzada ( )	

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE DEPENDIENTE: Efectos Psicológicos				
DEFINICIÓN	**DIMENSIONES**	**INDICADORES**	**ITEMS**	**TÉCNICA**
Los efectos psicológicos son aquellos que producen cambios en el comportamiento. Como: la desvalorización, baja autoestima y estrés emocional.	Síndrome Depresivo	1. ¿Alguna vez las discusiones hacen que se sienta deprimida o mal consigo mismo?	SI ( ) NO ( )	-Encuesta
		2. ¿Alguna vez ha tenido deseos de desaparecer de este mundo?	SI ( ) NO ( )	
		3. ¿En algún momento ha pensado en alejarse de su familia?	SI ( ) NO ( )	
	Síndrome de Estocolmo	1. ¿Cómo describiría su relación con su pareja en general?	Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )	
		2. ¿Usted y su pareja resuelven las discusiones con?	Poca dificultad ( ) Mucha dificultad ( ) Sin dificultad ( )	
		3. ¿En su vida diaria toma decisiones?	Por si sola ( ) Porque alguien le ordena. ( )	

	Trastorno de Estrés Post Traumática	1. ¿Se siente que vive un ambiente de amenazas por parte de su pareja? 2. ¿Se ha visto afectado el rendimiento laboral por la violencia domestica que vive usted?	SI ( ) NO ( ) SI ( ) NO ( )	

MARCO REFERENCIAL.

1.7DESCRIPCIÓN DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.

Nombre: Hospital Provincial Docente Ambato.
Tipo: Publica.

Rama de Actividad: Hospital General.

Servicio que Presta: Consulta Externa, Hospitalización, Emergencia.

Ubicación Geográfica y Dirección: Parroquia la Merced, en la Av. Unidad Nacional y Av. Pasteur.

1.8 HISTORIA DEL HOSPITAL PROVINCIAL DOCENTE AMBATO.

El hospital Provincial Docente de Ambato es una institución dependiente del Ministerio de Salud Pública, creado en los años 1879-1899 en ese entonces faculto a las HERMANAS DE LA CARIDAD para que se hagan cargo del mismo y proporcione cuidados a los enfermos.

1.8.1 Servicios que presta el hospital.

Cuenta con 4 especialidades básicas y 17 subespecialidades.
Consulta externa:

- Emergencia con atención las 24 horas.
- Sala de acogida.
- Cardiología.
- Oftalmología.
- Psiquiatría.
- Urología.

- Materno infantil, general y de especialidades.
- **Diagnósticos;** Laboratorio, Imagenologia, Anatomía patológica.
- Estadística.
- Farmacia.

Medicina interna: Neurología, Neumología, Cardiología, Endocrinología, Psiquiatría, Clínica General, gastroenterología.

Ginecología y Obstetricia:

Pediatría con subespecialidades: Neonatología.

Cirugía: Neurocirugía, Cirugía General, traumatología, terapia intensiva.

El espacio físico es de 11.837 m2. El mismo que se encuentra distribuido en las diferentes áreas y servicios existentes.

En la actualidad es un Hospital de segundo nivel que brinda atención a la población de la provincia de Tungurahua, zona central del país y parte de la zona costera (Ruiz, y col., 2011).

1.8.2 VISION DEL HOSPITAL.

"De acuerdo a su importancia y trayectoria en la actuación de salud durante 50 años a la población Tungurahuense y la zona central del país el Hospital Docente Ambato, en 5 años, será un hospital de especialidades con una infraestructura nueva, gestionado, líder a nivel regional, mediante el proceso de atención integral e integrado de salud, que cubra al 100 por ciento la demanda de los usuarios, mediante protocolización de procesos, mayor capacidad e innovación, tecnología de punta y una organización competitiva orientada a la satisfacción total del cliente interno y externo, y con la posibilidad de garantizar la investigación y la validación de prácticas alternativas de salud " (Ruiz, y col., 2011)

1.7.5 MISION DEL HOSPITAL.

“Proveer una atención permanente y de especialidad, de bajo costo e integral, con calidad y calidez, a todas las familias de Tungurahua y zona central del país sin discriminación, respetando su dignidad, bienestar e integridad, con acceso universal capital humano capacitado, tecnología adecuada promoviendo la educación la docencia e investigación que contribuya a la acción social” (Ruiz, y cols., 2011).

1.9 SERVICIO DE EMERGENCIA.

Siendo uno de los servicios del hospital, cuyo objetivo principal es evaluar, manejar, tratar al paciente con una enfermedad o lesión que por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención urgente o emergente, derivarlo a otro hospital de mayor complejidad.

1.9.1 INFRAESTRUCTURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

El servicio de emergencia se encuentra ubicado en la planta baja del HPDA, en el ala derecha, tiene una superficie aproximada de 160m2, actualmente cuenta con 8 camas, 2 para pacientes críticos, 2 para pacientes con patologías coronarias, 4 para observación donde están pacientes con patologías como IVU, EDA, Apendicitis, colelitiasis entre otros; pero; sus áreas físicas son inadecuadas e insuficientes para la gran demanda de usuarios que acuden a este servicio.

1.9.2 MISION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

Brindar atención urgente y emergente a la población de la provincia de Tungurahua y zona central del país, con recursos humanos capacitados, especializados y comprometidos, quienes manejan los procesos con eficacia y eficiencia, en coordinación intra y extra institucional, para satisfacer las necesidades de los usuarios hospitalizados y ambulatorios.

1.9.3 VISION DEL SERVICIO DE EMERGENCIA.

La visión del servicio es convertirse en la mejor unidad de emergencia del centro del país con el compromiso de sus autoridades y todo el equipo de salud, altamente capacitados, eficientes y eficaces, servicios de diagnósticos con tecnología de punta, ambulancia las 24 horas, aplicando protocolos y estándares para todas las patologías urgentes y emergentes, así lograr satisfacer las necesidades de los usuarios.

CAPITULO II.

MARCO TEORICO.

2.1RESEÑA HISTORICA.

El tema de violencia doméstica y sus efectos psicopatológicos que generan contra las mujeres, comienza abordarse públicamente en la década de los 80 y al principio de los 90; es así, como surgen organizaciones no gubernamentales de mujeres que asumen como línea de trabajo la atención psicológica, de salud y legal de mujeres que eran víctimas de violencia doméstica. La "Red de mujeres contra la violencia" surge en 1992 a partir del Primer Encuentro Nacional de Mujeres, "Unidad en la Diversidad", en donde se acuerdan temas específicos.

La Edad Media es una época violenta, que influye en las mujeres. Una violencia, diferente a la que tenemos ahora, las mujeres que ahora nos parecerían víctimas, en aquellos momentos era victimarias. La violencia cambia en el tiempo y somos capaces de ver su evolución, con respecto a las mujeres.

El entorno intrafamiliar ha sido históricamente escenario de maltrato físico, psicológico y de violencia sexual contra las mujeres. Esta práctica, que se presenta de manera generalizada en toda las sociedades, se quedan muchas veces en el ámbito de lo privado y no se rechaza. Hoy en día para eliminarla y prevenirla se requiere de profundas transformaciones sociales y políticas, pero sobre todo culturales, ya que estas se encuentran íntimamente relacionadas con el predominio del poder masculino sobre el femenino que ha sido una constante a lo largo de la historia. (Aguilar, 2000).

La OMS asegura que una quinta parte de las mujeres en el mundo es objeto de violencia en alguna etapa de su vida y como consecuencia de ello presentan altos índices de discapacidad, tienen doce veces más intentos de suicidio y altas tasas

de mortalidad en comparación con la población que no lo padecen. La violencia intrafamiliar no siempre resulta fácil de definir o reconocer. En términos generales podíamos designarla como el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja o al ambiente más cercano. (OMS, 2000).

VIOLENCIA DOMÉSTICA.

2.2 DEFINICIÓN.

Violencia Domestica: " Cualquier acto de violencia que provoca daños físicos, sexuales o psicológicos para la mujer, incluyendo actos, de coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran en el hogar." (Conamu, 2008).

La OMS define la Violencia como: "El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte." (Armas, 2009).

La Asociación Americana de Psicología, define "la violencia o maltrato doméstico como un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima .Este tipo de maltrato es un problema común en muchos hogares y del que resulta víctima, en la gran mayoría de las ocasiones, la mujer". (Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1999).

2.2.1 TIPOS DE VIOLENCIA.

- **Violencia de género:** Este término hace referencia a la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres

sobre las mujeres (Ley Ecuatoriana de los derechos de la mujer 103 N° 839, 2010).

- **Violencia intrafamiliar:** Se considera toda acción u omisión que resulte en maltrato físico, psicológico o sexual, contra cualquier miembro de la familia (Ley Ecuatoriana de los derechos de la mujer 103 N° 839, 2010).
- **Violencia Domestica:** Cualquier acto de violencia que provoca daños físicos, sexuales o psicológicos para la mujer, incluyendo actos, de coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran en el hogar. (Conamu, 2008).

2.2.2 FORMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.

- **Violencia física.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las mujeres agredidas.
- **Violencia psicológica.-** Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en la mujer violentada.
- **Violencia sexual.-** Se considera todo maltrato que constituya posición en el ejercicio de la sexualidad en la mujer, obligándole el agresor a tener relaciones u otras prácticas sexuales, mediante el uso de la fuerza física, amenazas o cualquier otro medio coercitivo. (Ley Ecuatoriana de los derechos de la mujer 103 N° 839, 2010).

2.2.3 FACTORES DE RIESGO DE SER MUJER MALTRATADA:

- Experiencia de violencia doméstica en su familia.
- Bajo nivel cultural y socioeconómico.
- Aislamiento psicológico y social.
- Baja autoestima.
- Sumisión y dependencia.
- Machismo dentro de la pareja.
- Consumo de alcohol o drogas.

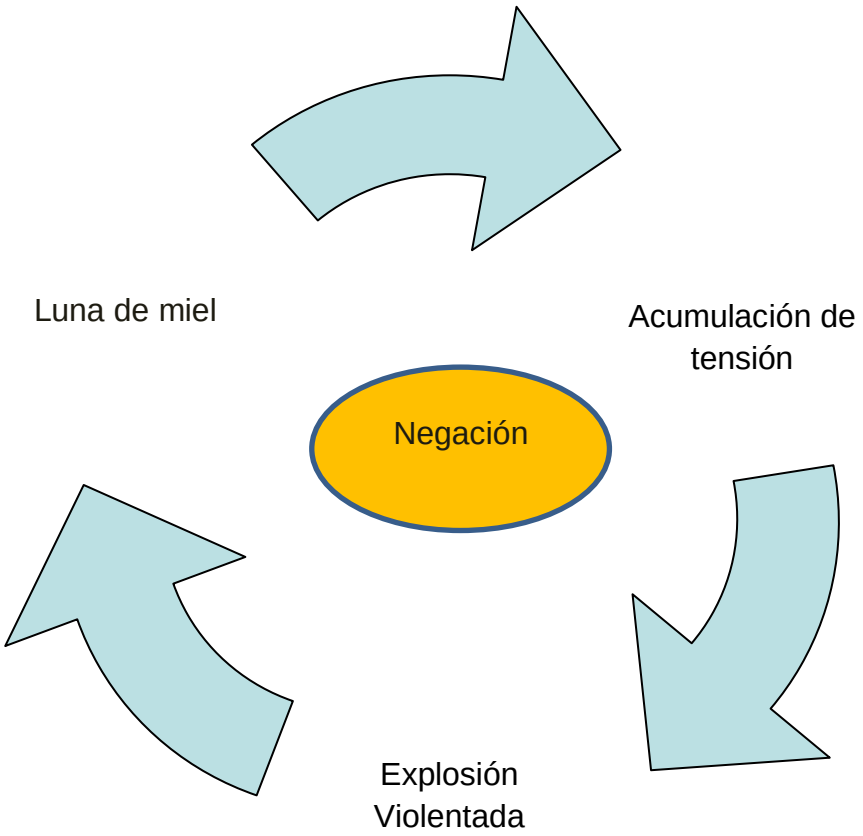
2.2.4 ALGUNOS RASGOS DE LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA SON:

- Creencia de que el hombre tiene todo el derecho.
- Baja autoestima.
- Se siente culpable por haber sido agredida.
- Se siente fracasada como mujer, esposa y madre.
- Siente temor y pánico por lo que se aísla socialmente.
- Dependencia.
- Odia ser agredida pero cree que es por su culpa, que se lo merecía.
- Riesgo de adicciones.
- Acepta el mito de la superioridad masculina.
- Teme al divorcio.

A veces las mujeres no se separan del agresor y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación. Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse.

Las mujeres que soportan una relación abusiva indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, no saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren. El maltrato continuo genera en la mujer un proceso patológico de adaptación denominado "Síndrome de la mujer maltratada" (Walker, 1999).

2.2.5 CIRCULO DE VIOLENCIA DOMESTICA.



La violencia tiene al menos cuatro fases diferenciadas las que se dan una tras otra y se repiten constantemente:

- **Fase de acumulación del agresor**- Caracterizada por el aumento de la tensión, en la cual el agresor se enfada sin motivo convirtiéndose manipulador con su pareja haciéndola sentir menospreciada, indiferente, inútil etc.
- **Fase de explosión violenta o del incidente agudo.-** En esta fase el agresor pierde el control, explota y castiga a la mujer; volviéndola impotente, débil, con la autoestima disminuida, y por ende no sabe cómo actuar la mujer violentada.
- **Fase de luna de miel o de reconciliación -** Se caracteriza por el "arrepentimiento" del agresor quien presenta un comportamiento cariñoso con la víctima, promete cambiar y asegura que ésa será la última vez que ocurra algo así.

- **Fase de negación –** La victima niega la violencia contra ella, le ve como bueno al agresor. (Walker, 2010).

2.3 EFECTOS PSICOLÓGICOS.

Los efectos psicológicos son aquellos que producen cambios en el comportamiento. Como: la desvalorización, baja autoestima y estrés emocional (Aaront, 2009).

2.3.1 SINDROME DEPRESIVO.

Es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda, que puede ser transitorio o permanente.

La psiquiatría la describe como un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva, caracterizado de abatimiento e infelicidad; así como tristeza, pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales (Ajohn, 2009).

2.3.1.1LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.

- **Tristeza patológica:** La mujer se considera incapaz de brindar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa que puede terminar en intentos suicidios.
- **Apatía:** Es una persona que no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le causa placer.
- **Ansiedad:** Estado de agitación, inquietud, intenso malestar mental, en la cual el sujeto se siente incapaz de controlar los sucesos futuros.
- **Insomnio:** Es la alteración en la conciliación del sueño, en el cual la persona se despierta temprano y de mal carácter.
- **Alteraciones psicológicas:** imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas falsas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones etc.

- **Alteraciones somáticas:** por lo común surgen dolores crónicos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una persistente sensación de fatiga o cansancio.
- **Alteraciones del comportamiento:** el paciente tiene la sensación de vivir arrinconado. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.
- **Modificaciones del apetito y del peso:** la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- **Pérdida de libido sexual:** Es cuando la pareja pierde la capacidad del deseo sexual.
- **Sentimiento de culpa:** siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios (Ajohn, 2009).

2.3.2 EL SÍNDROME DE ESTOCOLMO.

Es el fenómeno de crear un vínculo entre el agresor y la victima siempre y cuando se den las siguientes condiciones:

- Se perciba una amenaza a la supervivencia física o psicológica.
- Se crea firmemente que el abusador cumplirá con esa amenaza.
- Que la persona cautiva, dentro del contexto de terror, perciba la más mínima expresión de amabilidad de parte de su agresor.
- Que exista un aislamiento total de perspectivas que no sean las del agresor; y que la víctima perciba incapacidad para escapar.
- Cuando el agresor parece ser "el bueno" para la víctima y las personas que intentan ayudarla, como la familia, la policía, los/las terapeutas, pasan a ser "los malos" en su vida (Dutton, 2009).

2.3.2.1 INDICADORES DEL SÍNDROME DE ESTOCOLMO.

Para comprender este síndrome deben tomarse en cuenta algunos indicadores que se observan en el agresor y en la víctima:

- La víctima y el agresor mantienen un vínculo bidireccional.
- La víctima agradece intensamente las pequeñas amabilidades del abusador.
- La víctima niega o racionaliza la violencia contra ella.
- La víctima niega su propia rabia hacia el abusador.
- La víctima está en constante estado de alerta para satisfacer las necesidades del abusador y busca mantenerlo contento. Para lograrlo, tratar de "meterse" en la cabeza del agresor.

De acuerdo con el indicador anterior, la víctima percibe a las personas que desean ayudarla como "malas" y al abusador como "bueno". Siente que el abusador la protege.

- Para la víctima es difícil abandonar al abusador aún después de tener el camino abierto.
- La víctima tiene miedo de que el agresor regrese por ella aun cuando esté muerto o en la cárcel (Dutton, 2009).

2.4 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Es una psicopatología caracterizada por una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión debido a agresión física o psicológica; puede ser ésta acompañada de amenaza de muerte por parte del agresor (Brady, 2000).

2.7.1SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

a) Amnesia eventual.

b) Sensación de un futuro desolador

c) Dificultad para conciliar sueño (Kessler, 2000)

CAPITULO III.

MARCO METODOLÓGICO.

3.1 DISEÑO METODOLOGICO.

Es una relación clara y concisa de cada una de las etapas de la investigación, esquema en que quedan representadas las variables y cómo van a ser tratadas en el estudio. Por lo general se representa en un esquema matemático. Donde la simbolización sintetiza las relaciones de las variables, y como van a ser medidas a través de los estadígrafos o de los modelos matemáticos.

3.2. TIPOS DE INVESTIGACIÓN.

3.2.1 ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Con este estudio se realizó un diagnóstico de violencia doméstica tomando como referencia los datos obtenidos de las encuestas realizadas en el área de Emergencia; lo que permitió describirlos principales efectos causados por este problema de salud pública.

Además se detalló cada variable de investigación y los procesos metodológicos; representado de igual forma los resultados que se obtuvieron para el análisis final de los objetivos planteados.

3.2.2ESTUDIO EXPLORATORIO.

Esta herramienta nos permitió descubrir los efectos psicológicos producidos por la violencia doméstica.

3.2.3 ESTUDIO TRANSVERSAL.

Este estudio fue de tipo transversal dado que la investigación se desarrolló durante el periodo comprendido marzo a octubre del 2012.

3.3. POBLACIÓN.

La población para el desarrollo de nuestra investigación fueron 50 mujeres que acudieron al servicio de emergencia en el mes de junio.

3.4 MUESTRA.

Según el método aleatorio simple o al azar 50 mujeres son víctimas de violencia doméstica.

3.5. MÉTODOS DE INVESTIGACION.

3.5.1 MÉTODO CIENTÍFICO.

Se optó por este método puesto que permitió observar el problema y analizarlo en base a documentos bibliográficos e internet. El desarrollo de la presente investigación y el planteamiento a la propuesta de intervención por parte de enfermería se sustentó en el conocimiento científico sobre este tema abordado por diferentes autores y páginas web.

3.5.2 MÉTODO ANALÍTICO.

Se analizó la información de los datos obtenidos mediante la encuesta realizada en el área de triage en el servicio de emergencia.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

3.6.1 ENCUESTA.

Mediante un cuestionario estructurado y dirigido a las mujeres que asisten a la sala de triage del servicio de emergencia.

3.7 TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE RESULTADOS.

La técnica utilizada para procesar información fue aplicar el software Microsoft Excel para la tabulación de datos obtenidos en base a las encuestas realizadas a los actores involucrados, es decir los resultados estadísticos fueron procesados por el método porcentual con lo que se conformaron las tablas.

3.8 PLAN DE TRATAMIENTO PARA PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

PROCESAMIENTO.

- Clasificación de las encuestas
- Revisión crítica de la información recogida.
- Tabulación de la información en cuadros según variables
- Estudio estadístico de los datos para presentación de resultados
- Análisis e Interpretación de resultados es dar un criterio sobre los datos obtenidos y relacionarlos con el problema a investigar destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos y preguntas
- Establecer conclusiones y recomendaciones de la información obtenida.

CAPITULO IV.

4.1 PRESENTACION DE RESULTADOS DE LAS ENCUESTAS REALIZADAS A USUARIAS VICTIMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.

PREGUNTA Nº 1.

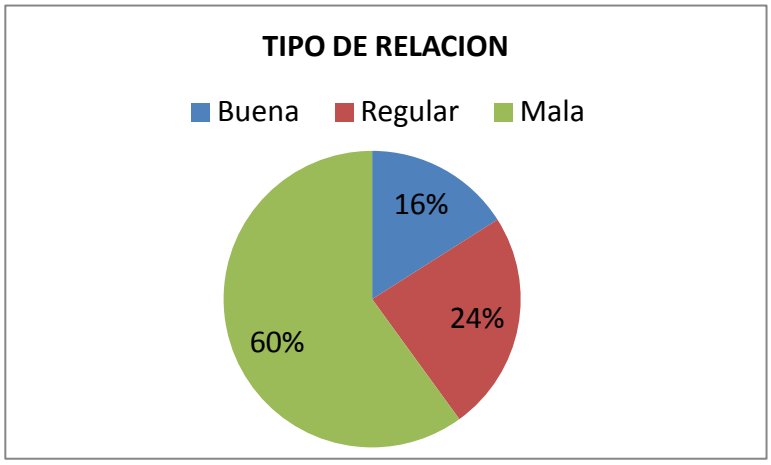
TABLA 1. ¿COMO DESCRIBE LA RELACION CON SU PAREJA EN GENERAL?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buena	8	16%
Regular	12	24%
Mala	30	60%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO Nº 1.



INTERPRETACIÓN.

Del total de mujeres encuestadas el 16 % tiene una relación buena, 24% regular y el 60% mala.

ANALISIS.

Según el gráfico la relación de pareja en un mayor porcentaje es mala y regular, mientras que la relación buena es en poco porcentaje.

PREGUNTA N° 2.

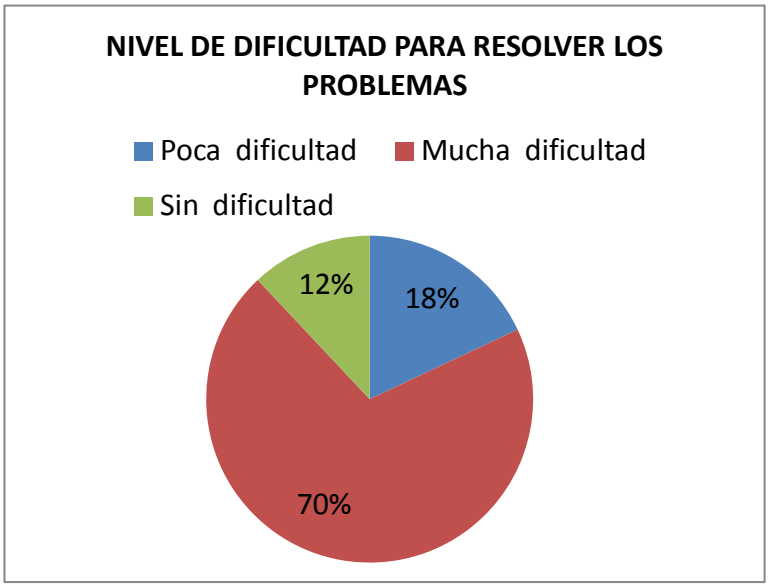
TABLA 2. USTED Y SU PAREJA RESUELVEN LAS DISCUSIONES CON:

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Poca dificultad	9	18%
Mucha dificultad	35	70%
Sin dificultad	6	12%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 2.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 18% resuelven sus discusiones con poca dificultad, el 70% con mucha dificultad y el 12% sin dificultad.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que en menor porcentaje resuelven sus discusiones sin dificultad, en mayor proporción con mucha dificultad y poca dificultad.

PREGUNTA N° 3.

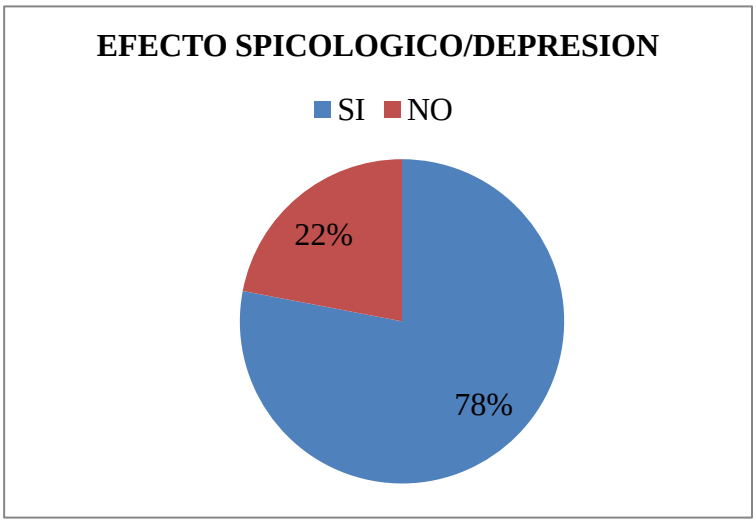
TABLA 3. ¿ALGUNA VEZ LAS DISCUSIONES CON SU PAREJA HACEN QUE SE SIENTA DEPRIMIDAO MAL CONSIGO MISMA?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	39	78%
NO	11	22%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 3.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 78% respondieron afirmativo y el 22% la opción NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que en mayor porcentaje la violencia domestica las lleva a sentirse deprimidas o mal consigo mismas y en menor porcentaje no se ven afectadas.

PREGUNTA N° 4.

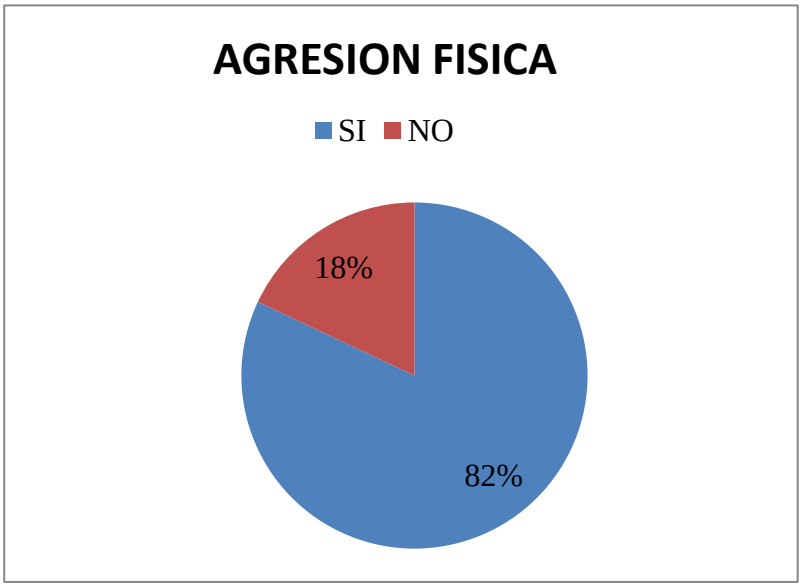
TABLA 4. ¿CONDUCE LAS DISCUSIONES CON SU PAREJA A GOLPES O EMPUJONES?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	41	82%
NO	9	18%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 4.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 82% respondieron afirmativo 18% la opción es NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, en mayor número de usuarias son agredidas físicamente por parte de su pareja.

PREGUNTA N° 5.

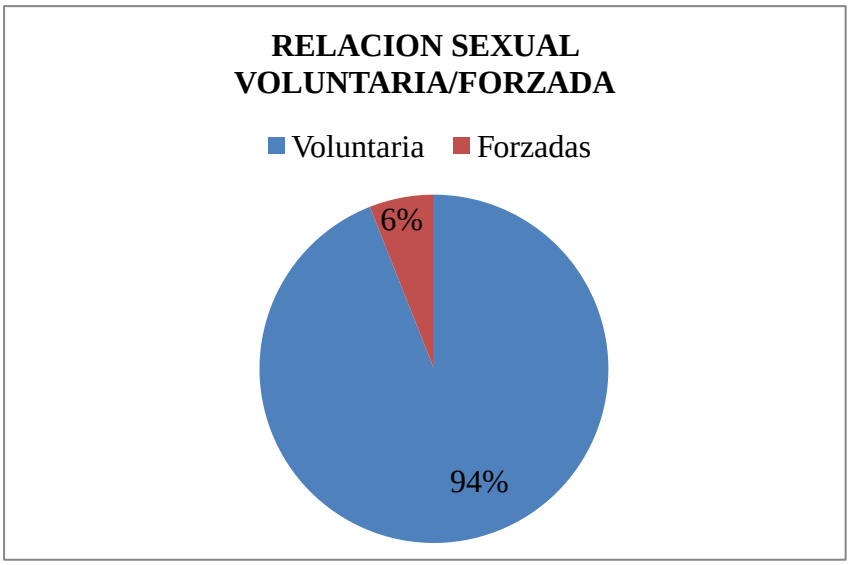
TABLA 5. CUANDO TIENE RELACIONES SEXUALES CON SU PAREJA LO HACE:

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Voluntaria	47	94%
Forzadas	3	6%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N°5.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 94% son relaciones sexuales voluntarias mientras que el 6% son forzadas**.**

ANALISIS.

Según el gráfico se puede apreciar que hay muy pocas usuarias que son forzadas a mantener relaciones sexuales.

PREGUNTA N° 6.

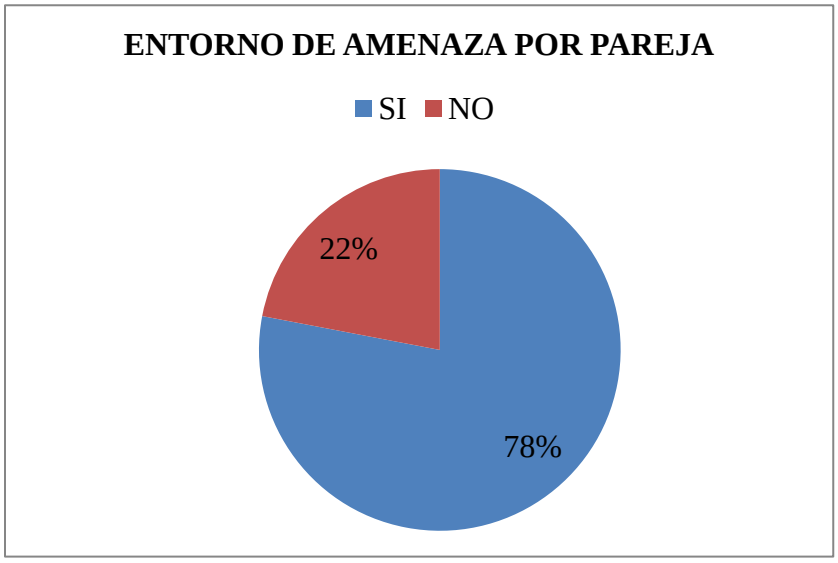
TABLA 6. ¿SE SIENTE AMENAZADA POR PARTE DE SU PAREJA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
SI	39	78%
NO	11	22%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 6.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 78 % respecto a la pregunta la respuesta es SI y el 22 % la opción es NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que la mayoría de las usuarias siente que vive en un ambiente de amenaza por parte de su pareja.

PREGUNTA N° 7.

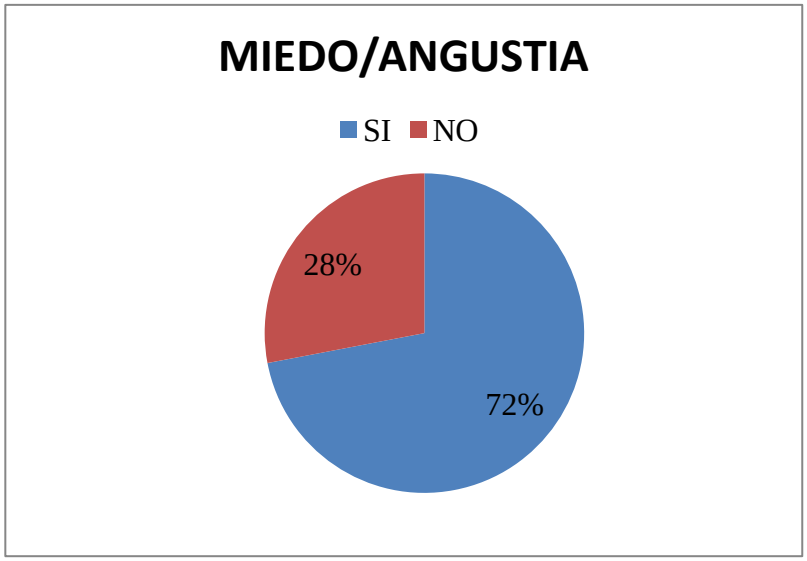
TABLA 7. ¿LOS CONFLICTOS GENERADOS EN SU HOGAR LE CONDUCEN A SENTIR MIEDO Y ANGUSTIA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	72%
NO	14	28%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 7.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 72% respondieron afirmativo y el 28% la opción es NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que las usuarias llegan a sentir miedo y angustia luego de la violencia doméstica.

PREGUNTA N° 8.

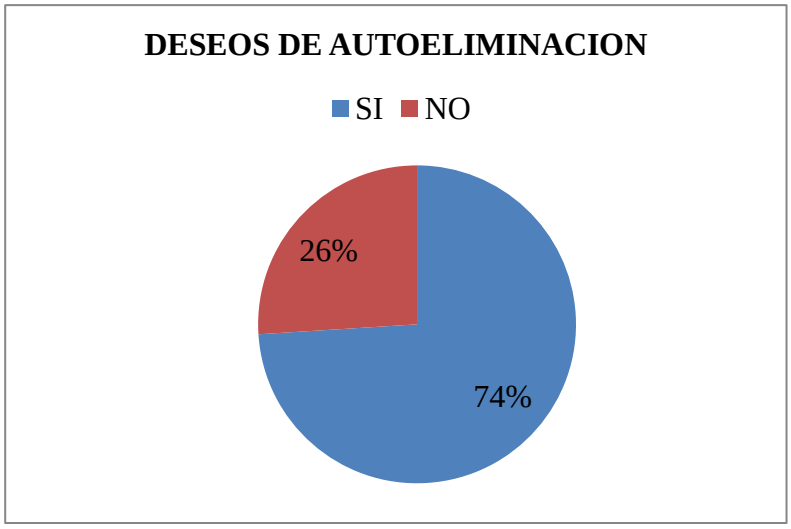
TABLA 8. ¿ALGUNA VEZ HA TENIDO DESEOS DE DESAPARECER DE ESTE MUNDO?

ALTERNATIVA	REFRENCIAS	PORCENTAJES
SI	37	74%
NO	13	26%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 8.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 74% respondieron afirmativo y el 26% la opción NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar en mayor porcentaje las mujeres víctimas de violencia domestica sienten deseos de auto eliminarse.

PREGUNTA N° 9.

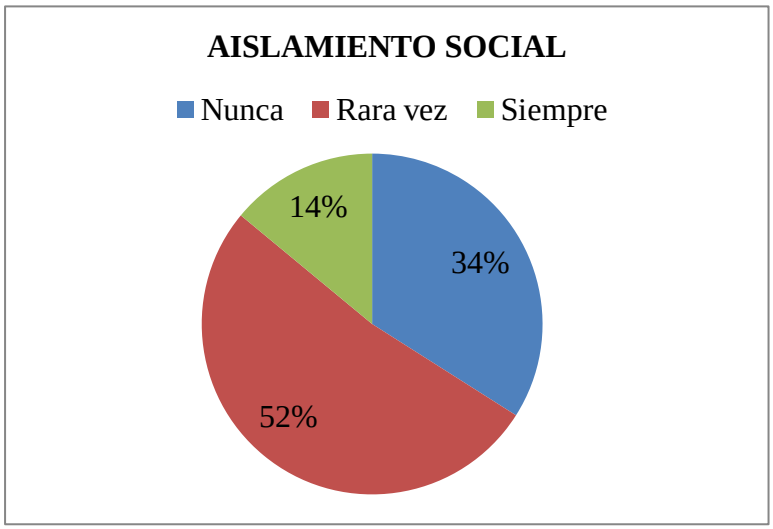
TABLA 9. ¿EN ALGUN MOMENTO DE SU VIDA HA PENSADO ALEJARSE DE SU FAMILIA?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJES
Nunca	17	34%
Rara vez	26	52%
Siempre	7	14%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 9.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 34% nunca han tenido deseos de alejarse de su familia, el 52% rara vez y el 14% siempre.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que en menor porcentaje las usuarias han sentido deseos de alejarse de su familia a diferencia de las que se han visto afectadas.

PREGUNTA N° 10.

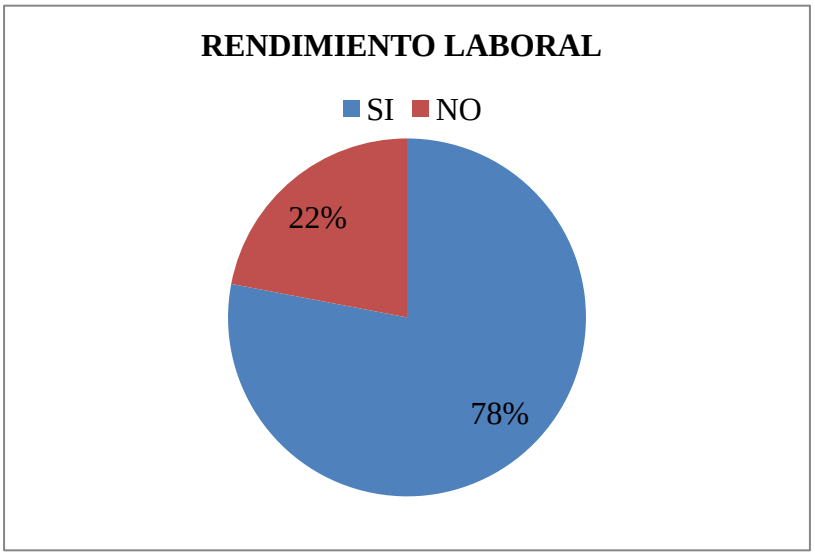
TABLA 10. ¿SE HA VISTO AFECTADO EL RENDIMIENTO LABORAL POR LA VIOLENCIA DOMESTICA QUE VIVE USTED?

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	39	78%
NO	11	22%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N° 10.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 78% respondieron afirmativo y el 22% la opción NO.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede determinar que la violencia doméstica afecta en menor porcentaje en su rendimiento laboral mientras que en mayor porcentaje no se sienten afectadas.

PREGUNTA N° 11.

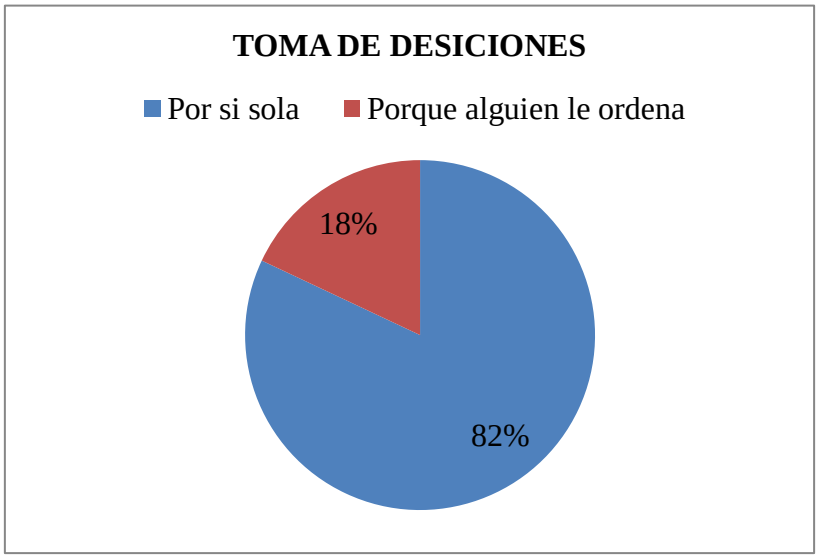
TABLA 11. EN SU VIDA DIARIA TOMA DESICIONES:

ALTERNATIVA	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
Por si sola	41	82%
Porque alguien le ordena	9	18%
TOTAL	**50**	**100%**

Fuente: Mujeres que acuden a Emergencia HPDA

Responsable: Mercedes B, Teresa S y Diana Ll.

GRAFICO N°11.



INTERPRETACION.

Del total de mujeres encuestadas el 82% toman decisiones por si solas y el 18% porque alguien le ordena.

ANALISIS.

Según el gráfico, se puede apreciar que en mayor porcentaje son independientes y toman decisiones por si solas en relación a otras que tienen dependencia.

4.2 CONCLUSIONES.

Según el estudio realizado de las usuarias que acudieron al servicio de emergencia 55.5% fueron víctimas de violencia doméstica y pertenecían al grupo etario de 25 – 40 años de edad.

En las víctimas de violencia doméstica se producen numerosas secuelas, físicas y psicológicas como síndrome depresivo, síndrome postraumático y síndrome de Estocolmo con mayor frecuencia y que es difícil diferenciarlas ya que cada una de estas tiene sintomatología parecida.

En el servicio de emergencia de este hospital no hay un protocolo de intervención de enfermería para la detección oportuna de violencia doméstica, al parecer por la poca importancia que se da a este problema por parte del personal de enfermería.

4.3 RECOMENDACIONES.

La violencia doméstica es un problema social debido al alto índice en la ciudad de Ambato lo que involucra al equipo de salud; médico, enfermera, trabajadora social y psicología clínica los mismos que deberían encargarse de educar e informar los riesgos de vivir en el círculo de violencia.

El equipo multidisciplinario de salud debería trabajar en forma conjunta para dar seguimiento continuo una vez detectado el problema por el personal de enfermería para garantizar a las usuarias el bienestar físico, mental, social y minimizar los efectos psicológicos originados.

Que se ponga en práctica nuestra propuesta de un protocolo de intervención de enfermería y dar seguimiento por parte del personal de enfermería para que se cumpla a los objetivos propuestos.

CAPITULO V.

5.1 PROPUESTA.

5.1.1 TITULO DE LA PROPUESTA.

"Protocolo de intervención de enfermería para la detección oportuna de violencia doméstica dirigidas a las usuarias que acuden por el servicio de emergencia del HPDA"

5.1.2 DATOS DE IDENTIFICACION.

NOMBRE: Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser humano
DIRECCIÓN: Universidad Estatal de Bolívar

5.1.3 PERSONAS RESPONSABLES DE LA PROPUESTA:

IRE: Mercedes Basantez

Diana Llanos

Teresa Simaliza

5.1.4 PAÍS / AREA GEOGRAFICA DONDE SE REALIZARA EL PROYECTO.

Ecuador, Hospital Provincial Docente Ambato – Provincia Tungurahua - Cantón Ambato.

(BENEFICIARIOS) usuarias.

5.2 INTRODUCCION.

La violencia doméstica es un problema que afecta la esfera psicológica de las mujeres lo que perjudica en su desempeño laboral. Ocho de las quince principales causas de muerte en las mujeres de 25 a 40 años de edad están relacionadas con algún tipo de violencia.

Ecuador es uno de los países en donde la violencia doméstica está entre las primeras causas de enfermedad y muerte, una de cada tres mujeres refiere haber vivido algún tipo de violencia doméstica, en otros ámbitos públicos, privados e institucionales de nuestra sociedad.

El Ministerio de Salud Pública, al reconocer la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública contempla un capitulo dirigido a la detección y manejo de la violencia o maltrato (MSP, 1998).

Considerando que la violencia doméstica produce efectos psicológicos se ha visto la necesidad de realizar un protocolo de intervención con el fin de detectar los factores de riesgos el mismo que al ponerlo en práctica beneficiará a las usuarias que acuden a este servicio.

5.3 JUSTIFICACION.

En las encuestas realizadas se puede apreciar la existencia de violencia doméstica y sus secuelas en cuanto se refiere a efectos psicológicos en las usuarias que acuden al servicio de emergencia.

Es necesaria la elaboración de un Protocolo de Intervención de Enfermería para facilitar la labor para la detección oportuna de violencia doméstica en las usuarias que acuden a este servicio, con la finalidad de minimizar los efectos psicológicos.

5.4 OBJETIVOS.

5.4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Detectar y referir a las mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al servicio de emergencia para disminuir los efectos psicológicos.

5.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Recibir a la usuaria con amabilidad y empatía creando un ambiente de confianza (enfermera – paciente).
- Describir los pasos que contienen el protocolo de intervención propuesto.
- Entregar un protocolo de intervención para la detección de violencia a la líder del Servicio de Emergencia del H.P.D.A.

5.5 CONCEPTUALIZACIÓN BÁSICA.

DEFINICIÓN.

5.5.1 VIOLENCIA DOMESTICA.

"Cualquier acto de violencia que provoca daños físicos, sexuales o psicológicos para la mujer, incluyendo actos, de coerción o privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurran en el hogar." (Conamu, 2008).

5.5.2 TIPOS DE VIOLENCIA.

- **Violencia de género:** Utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.
- **Violencia intrafamiliar:** Es toda acción u omisión que resulte en maltrato físico, psicológico o sexual, ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer.

5.5.3 FORMAS DE VIOLENCIA DOMESTICA.

- **Violencia física.-** Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las mujeres agredidas.
- **Violencia psicológica.-** Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en la mujer.
- **Violencia sexual.-** es todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad en la mujer, obligándole el agresor a tener relaciones u otras prácticas sexuales, mediante el uso de la fuerza física, amenazas o cualquier otro medio coercitivo.(Ley Ecuatoriana de los derechos de la mujer 103 N° 839, 2010).

5.6 SUSTENTACIÓN DE LA PROPUESTA.

La violencia domestica considerada uno de los problemas de salud más frecuente en el país que va en aumento, ha merecido muchos estudios por parte de organismos locales e internacionales; pero, no se ha realizado un estudio formal ni serio por parte de los centros o instituciones de salud del país más aun en el hospital provincial docente Ambato lo que nos motivó proponer un protocolo de intervención para detectar y diagnosticar los casos de violencia doméstica y referir a las instancias respectivas para que el trabajo sea del grupo de salud: médico, enfermería, psicología y trabajo social; para así prevenir los efectos psicológicos y psicosomáticos que causan este tipo de problemas en la vida de la mujer también de su entorno familiar.

5.7 PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN Y RECOMENDACIONES PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA DETECCIÓN DE VIOLENCIA DOMESTICA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA.

RECOMENDACIONES PARA LA ADECUACION DEL AREA FISICA.
El espacio físico debe ser específicamente un área individual y adecuada a las necesidades, de tal forma que la usuaria pueda expresarse libremente todos sus sentimientos guardados durante la entrevista realizada por parte de la enfermera.
Reciba a la usuaria en la unidad del triage con una actitud cálida, abierta a escuchar, facilitar información y responder a la demanda de ayuda.
Brinde tranquilidad y apoyo emocional continuo para crear un ambiente de confianza enfermera - paciente.
Explíquele de manera clara y con términos no técnicos que usted le hará preguntas sobre situaciones que le pudieran estar ocurriendo con su pareja durante la entrevista.
Recaude la información de la usuaria si no tiene historia clínica, durante la apertura del Formato. #08.
Durante la recopilación de la información observe minuciosamente el estado de ánimo, actitudes y manifestaciones emocionales de la Paciente
Facilite la expresión de sentimientos y emociones de la paciente como: ira, silencio, llanto.

Escuche a la paciente con mucha atención y responda atentamente sus preguntas e inquietudes usando términos fáciles de comprender.		
Asegure que la usuaria se sienta protegida ante cualquier desilusión por parte de su pareja.		
Siga una secuencia lógica de preguntas durante la entrevista.		
Cuando esté preparada aborde directamente el tema de la violencia doméstica.		
Explique claramente que no existe un justificativo para la violencia y hágale sentir que ella no es culpable de esta situación para así lograr que la usuaria no sienta vergüenza.		
Durante la entrevista demuestre que confía en la información brindada, no poniendo en duda los hechos.		
Acepte la decisión tomada por la paciente, no imponiendo sus propios criterios.		
Atención de la paciente en el momento del ingreso. (Mucho de los pasos / tareas deben realizarse simultáneamente)	**ITEMS**	
PROCESO DE EVALUACIÓN DE LA PERSONA VIOLENTADA.	**SI**	**NO**

1. Valore como una situación de sospecha de violencia, cuando la usuaria anteriormente haya acudido a los servicios de salud por presentar traumatismos o abortos no especificados. Y proceda con el interrogatorio consiguiente.	**X**	**X**
2. ¿Alguna vez su pareja le ha insultado o le ha gritado?	**X**	**X**
3. ¿Alguna vez su pareja la ha apartado de su familia, sus amigos; se ha negado a darle dinero, le ha prohibido que salga de su casa?	**X**	**X**
4. ¿En su relación actual ha sido agredida verbal o físicamente alguna vez?	**X**	**X**
5. ¿Ha sido usted obligada a tener relaciones sexuales con su pareja o esposo?	**X**	**X**
6. ¿Alguna vez su compañero le ha amenazado de muerte?	**X**	**X**
7. ¿Los conflictos generados en su hogar le conducen a sentir miedo y angustia?	**X**	**X**
8. ¿Alguna vez ha tenido deseos de desaparecer de este mundo?	**X**	**X**
9. ¿En algún momento ha pensado en alejarse de su familia?	**X**	**X**

10. ¿En cuánto a su trabajo su rendimiento ha sido satisfactorio?	**X**	**X**
11. ¿Vive en constantes amenazas por parte de su pareja o esposo?	**X**	**X**
VALORACIÓN BIOMÉDICA Y PSICOSOCIAL.	**SI**	**NO**
1. Examine los signos y síntomas de lesiones físicas tales como: • Cefalea frecuente • Heridas o laceraciones • Quemaduras • Dolor pélvico crónico • Lesiones de los senos, abdomen y genitales • Infecciones de transmisión genital incluido el VIH/SIDA • Malnutrición y anemia **En la embarazada** • Amenaza de aborto o aborto espontaneo • Muerte fetal	**X**	**X**

2. Examine el estado emocional de la persona, grado de afectación de su salud mental, manifestaciones psicológicas tales como. • Sentimiento de soledad • Desvalorización • Descuido de la salud • Temor a las relaciones sexuales • Sentimiento de culpa **En la embarazada** • Embarazos no deseados • Estrés, depresión, angustia y ansiedad durante la lactancia • Temor, tristeza, intento de suicidio.	**X**	**X**
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA VIOLENCIA.	**SI**	**NO**
1. Qué tipo de violencia ha recibido (física y psicológica); desde cuándo está viviendo esta situación; con qué frecuencia intensidad se dan los hechos violentos.	**X**	**X**
2. pregunte cuales son los mecanismos de respuesta que ha desarrollado la afectada frente a la violencia que vive.	**X**	**X**
3. Analice con la usuaria afectada en qué fase del ciclo de violencia se encuentra (acumulación de tensión, explosión frente a la agresión, alejamiento o separación temporal, reconciliación o luna de miel).	**X**	**X**

VALORACIÓN DEL NIVEL DEL RIESGO DE LA VIOLENCIA.	SI	NO
1. Evalué conjuntamente con la persona afectada la probabilidad inminente de sufrir un evento con RIESGO para su integridad y vida para que se proceda a catalogarlo como extremo o severo. A continuación se presenta algunos indicadores para realizar esta evaluación. • Amenazas con armas o uso de la misma. • Amenazas o acoso a pesar de estar separados. • Aumento de la intensidad y frecuencia de la violencia. • Agresiones durante el embarazo. • Abusos sexuales repetidos. • Celos extremos, control obsesivo de sus actividades diarias. • Aislamiento creciente. • Consumo de alcohol o droga por parte de la pareja.	**X**	**X**
2. Es importante que NO subvalore o minimice la sensación de peligro expresada por la persona agredida.	**X**	**X**
Una vez de tener un diagnóstico presuntivo de violencia doméstica, comunique a la usuaria sobre existencia de la sala de acogida y sus beneficios y refiérala a la psicóloga.		

Fuente: Normas y Protocolos de la detención de violencia intrafamiliar MSP 2009.

5.8 RECOMENDACIONES FINALES PARA LA MUJER VIOLENTADA.

Una vez analizadas las encuestas, si hay respuestas positivas a cualquiera de las preguntas relativas a la violencia, es necesario dar apoyo y validación.

Estas expresiones pueden ser útiles.

- "Lamento que esto le haya ocurrido. Necesito hacerle más preguntas para que podamos conseguir ayuda para usted"
- "Nadie merece ser objeto de maltrato. Usted no merece que se la maltrate. Yo sé qué difícil es para una persona pasar por estas situaciones"
- "Está bien que usted haya podido hablarme de eso. Pienso que podemos ayudarla. Necesito hacerle otras preguntas acerca de la violencia y con eso tendré más información, de modo que podamos pensar conjuntamente cuales son las mejores opciones para usted.

5.9 SOSTENIBILIDAD.

El siguiente protocolo que presentamos está enfocado a la detección oportuna de la existencia de violencia doméstica en mujeres de 25 – 40 años de edad, la misma que se realiza a través de la entrevista guiándose en los pasos del protocolo al momento del ingreso de la usuaria a la sala de triage de emergencia por parte del personal de enfermería y las IRE de la Universidad Estatal de Bolívar que labora en este servicio, de esta manera el personal que labora en este servicio estarán preparadas para dar cumplimiento correcto a la normativa del Protocolo, una vez determinado la violencia domestica la enfermera será la responsable de comunicar a la usuaria de los servicios que brinda la sala de acogida y de informar a la psicóloga del estado de la paciente para que la doctora de un seguimiento y tratamiento.

5.10 FACTIBILIDAD.

Para la realización de nuestra propuesta se contó con el apoyo del personal de psicología y con la líder de enfermería Lic. Nelly Pérez que labora en el servicio de emergencia del Hospital Provincial Docente Ambato con el fin de detectar la violencia doméstica, para lo cual se optó de un banco de preguntas o ITENS ya que es un problema social que hoy en día se ha incrementado la violencia especialmente en las mujeres .

5.11 RESULTADOS ESPERADOS.

Se entregó el protocolo de intervención de enfermería para la detección de violencia domestica a la líder y al personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia del HPDA, para la detección oportuna de la misma, con el fin de permitir a las usuarias que se exprese libremente y por ende darles a entender que la violencia no es una causa justificativa, y así romper esa barrera del silencio que muchas de las mujeres no lo hacen por temor a su pareja.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Actividades cotidianas: Son actividades que todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día.

Actividades laborales: Se refiere al trabajo de las personas.

Acoso Sexual: Cualquier comportamiento verbal, no verbal o físico por parte del agresor que pueda atentar contra la dignidad de la mujer y de crear un entorno intimidatorio, humillante.

Acción: Cualquier acto que pueda provocar daño físico, psicológico a la mujer por parte del agresor.

Agresor: Es aquella persona que comete agresión o acto violento.

Autoestima: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos.

Amenaza: Hecho que puede producir un daño provocado por el agresor.

Cónyuge: Se refiere al esposo o esposa de una persona.

Coerción: Es una presión que se ejerce sobre una persona para forzar una conducta o un cambio en su voluntad.

Comportamiento: Es todo lo que hace un ser humano frente al medio.

Desvalorización: Toda actitud que lo hace menos persona, digamos menos digno de respeto.

Discriminación: Es todo acto de separar a una persona de una sociedad.

Estrés emocional: Es aquel que se produce como consecuencia de situaciones que afectan los sentimientos en forma negativa.

Feminismo: Doctrina social favorable a la mujer, a quien concede la capacidad y derechos reservados antes a los hombres.

Género: Concepto que hace referencia a hombres y mujeres.

Machismo: Actitud de prepotencia de los hombres respecto de las mujeres.

Manipulación: Es cualquier cosa que hace con intención una persona o sociedad con el objetivo de conseguir algo sin tener que dar nada a cambio.

Morbilidad: Es la cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Mortalidad: Se refiere a la tasa de defunciones o el número de defunciones en un grupo determinado de personas en un período determinado.

Muestra: Es una pequeña porción de algo, representativa de un todo, que es usada para llevarla a conocimiento público o para analizarla.

Omisión: Es una renuncia a realizar o expresar algo**.**

Población: Es el grupo de personas que vive en un área o espacio geográfico.

Riesgo: Cualquier síntoma inminente que puede casar daño a las personas.

Sexo: Características biológicas que distinguen al hombre de la mujer. Se refiere a las diferencias biológicas entre personas, las que determinan la presencia del cromosoma X o Y en el cuerpo humano.

Suicidio: Es el acto por el que un individuo, deliberadamente, se provoca la muerte.

Sumisión. Actitud de la persona que se somete a otra y se deja dominar por ella aceptando su voluntad.

Violencia contra las mujeres: Es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que causa o es susceptible de causar a las mujeres daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico.

Víctimas: Es una persona que sufre un daño o perjuicio por culpa ajena o por una causa fortuita**.**

Victimaria: Es aquella persona que le inflige un daño o perjuicio a otra en un momento determinado.

BIBLIOGRAFIA.

Aront, B., Ajohn., R. (2002) Terapia Cognitiva de la Depresión, 15 Ed, Edith: DesclecBrouwer S.A, Bilbao España.

Álvarez. A., (1981) Guía de los Malos Tratos (pdf 665kb) Álvarez en clave feminista. Org.

Armas, N. (2007) las familias por dentro, Ediciones América.

Alvarado, (2001) Metodología de la investigación, Manual para el desarrollo de personal de salud F.H de canales E.L., Pág., 1- 7.

Aguilar (2000) Manual de violencia familiar y terapia cognitiva de efectos psicológicos.

Ajohn, R. (2009) violencia domestica y sus efectos, 15 Ed, Pag, 4 - 9.

Carrillo, R., (2002) La violencia contra la mujer: un obstáculo para el desarrollo. Fundo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer.

Conamu, (2008) Ley contra la violencia a la Mujer y la Familia y reglamente general.

Diccionario de la lengua española © 2005 Espasa-Calpe

Dutton, P., (1981) Traumas Emocionales.

Echeburúa, E., Corral (1998) Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., y col (1998) Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. Análisis y Modificación del Conducta.

Instituto nacional de estadística y censo (2012).

Ley ecuatoriana contra la Violencia a la Mujer y la Familia N°. 103.

Organización mundial de salud (2011).

Kessler, (2000) trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de violencia.

Regina, E., (1988) Cuaderno Sobre Maltrato y la Violencia Domestica.

Ruiz, y col (2011) Semblanza en la Historia de la Medicina en Tungurahua, 1er Ed. Pág. 23 - 30.

Walquer, L., (1991) El ciclo de la agresión, Tema sobre la Violencia contra las mujeres, niños y niñas. Módulo II.12 Ed; San José. Costa RICA.

http://plataformalunalevant .foroactivo.com/6-psicologos-aplicadores-delenixistente-sap-f4/definicion-de-violencia-t10.htm.

www.nodo50.org/mujeresred/violencia-bibliografia.html

es.wikipedia.org/wiki/Violencia doméstica

ANEXOS

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Objetivo: Recolectar datos informativos con la finalidad de detectar la violencia doméstica y sus efectos psicológicos en mujeres que acuden al servicio de emergencia.

ENCUESTA PARA LA DETENCIÓN DE VIOLENCIA DOMESTICA

Las Internas Rotativas de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano de la Universidad Estatal de Bolívar estamos haciendo una encuesta con el objeto de conocer de la "violencia doméstica" y para ello solicito contestar unas preguntas no le tomara más de 10 minutos. La información que nos proporcione será manejada con la más estricta confidencialidad.

MUCHAS GRACCIAS POR SU COLABORACION.

1. Cómo describiría su relación con su pareja en general.

Buena ( )

Regular ( )

Mala ( )

2. Usted y su pareja resuelven las discusiones con:

Poca dificultad ( )

Mucha dificultad ( )

Sin dificultad ( )

3. ¿Alguna vez las discusiones hacen que se sienta deprimida o mal consigo mismo?

SI……...

NO…….

4. ¿Conduce las discusiones a golpes o empujones?

SI ( ) NO ( )

5. Cuándo tiene relaciones con su pareja son:

Voluntariamente ( ) Forzada ( )

6. ¿Se siente amenazada por parte de su pareja?

SI ( ) NO ( )

7. ¿Los conflictos generados en su hogar le conducen a sentir miedo y angustia?

SI ( ) NO ( )

8. ¿Alguna vez ha tenido deseos de desaparecer de este mundo?

SI ( ) NO ( )

9. ¿En algún momento ha pensado en alejarse de su familia?

Nunca ( ) Rara vez ( ) Siempre ( )

10. ¿Se ha visto afectado el rendimiento laboral por la violencia domestica que vive usted?

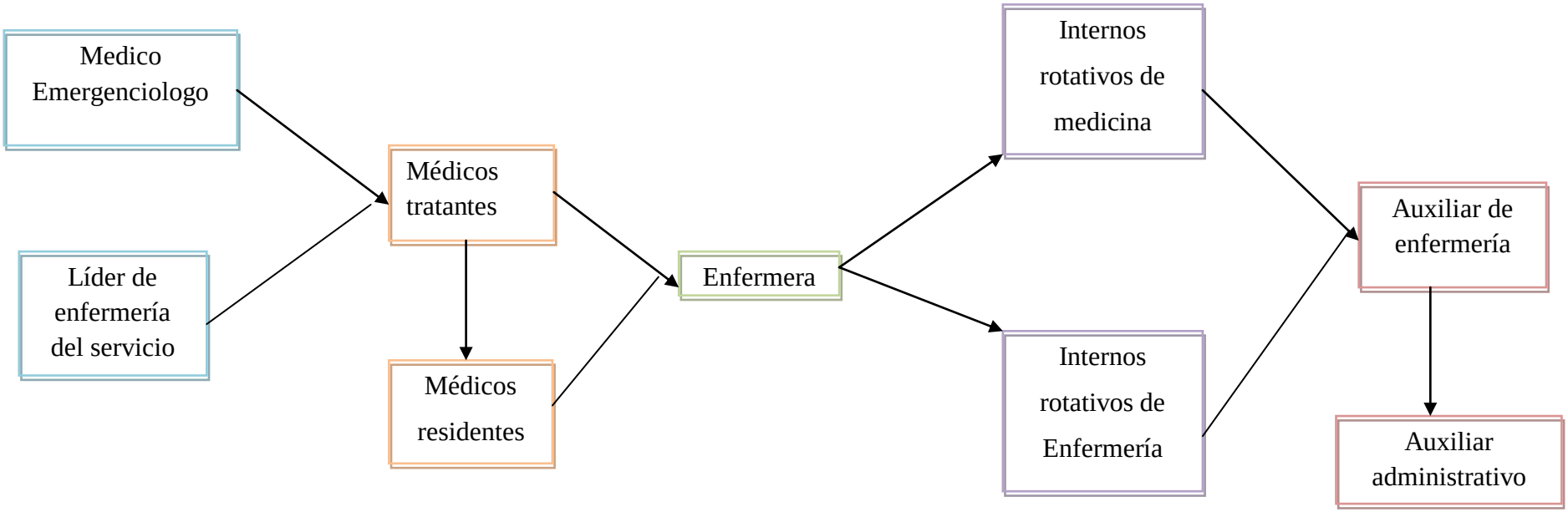
SI ( ) NO ( )

11. ¿En su vida diaria toma decisiones?

Por si sola ( ) Porque alguien le ordena ( )

ANEXO N° 2

ESTRUCTURA ORGANICO - FUNCIONAL DE EMERGENCIA



ANEXO N° 3

5.9 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA REALIZACION Y ENTREGA DEL PROTOCOLO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA

FECHA	HORA	LUGAR	TEMÁTICA	DURACIÓN	RESPONSABLE
4 – 5 de Junio	10am a 11am	Servicio de emergencia (HPDA)	Planificación para fijar la fecha de reunión con la líder y psicóloga del servició.	1 hora	I.R.E
8 de Junio	12pm a 15pm	Servicio de emergencia (HPDA)	Reunión con la Psicóloga y líder de enfermería.	3 horas	I.R.E
15 al 30 de junio	Horas Extras	Abdón Calderón y Av. Pasteur.	Realización del protocolo para la detección de violencia	125 horas	I.R.E
9 – 10 de Julio	14pm a 16pm	Servicio de emergencia (HPDA)	Entrega de protocolo a la líder del servicio Lic. Nelly Pérez.	2horas	IRE
EJECUCIÓN DEL PROTOCOLO					
11 - 12 de julio	10am a 12pm	Servicio de emergencia (HPDA)	Adecuación del área física para la atención de las usuarias.	2 horas	IRE
14-julio al 29 agosto	Horas extras	Servicio de emergencia (HPDA)	Entrevista a las usuarias por medio de preguntas para detectar violencia.	125 horas	I.R.E
16-julio 29 agosto	12 pm a 12:30pm	Servicio de emergencia (HPDA).	Clausura	30 minutos	I.R.E

ANEXO 4

RECURSOS Y PRESUPUESTO DE LA PROPUESTA

MATERIALES	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Resma de papel boom	500	0,01	5,00
CD	1	1,00	1,00
Gigantografia	1	45,00	45,00
Marcadores	5	0,80	4, 00
Esferos	20	0,25	5,00
Impresiones	200	0,10	20,00
Copias	150	0,03	4,50
Horas de Internet	20	1,00	20.00
Transporte	5	20,00	40.00
Refrigerios	15	1,25	18.75
TOTAL			$ 163.25

ANEXO Nº 5

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL DESARROLLO DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

INTERNAS ROTATIVAS PERIODO 2012

ACTIVIDADES	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC	ENE.
Denuncias del Tema de Investigación.															
Presentación de tema de investigación a la UEB.															
Aprobación del tema por el CIE y Designación de Directores (as) de tesis															
Desarrollo proyecto primera parte															

| | | |

| | | |

ANEXO Nº 6

PRESUPUESTO

Rubro	U medida	Cantidad	Costo Unitario	Total
Suministros de oficina	Global	1	150,00	150,00
Alquiler computadora	Global	1	70,00	70,00
Copias	Global	1	80,00	80,00
Internet	Global	1	100,00	100,00
Impresiones	Global	1	200,00	200,00
Flash memory	Unidad	1	20,00	20,00
Quema de CD	Global	1	10,00	10,00
Empastado	Global	1	60,00	60,00
Movilización	Global	1	250,00	250,00
Alimentación	Global	1	100,00	100,00
Imprevistos	Global	5%		22.05
Total				463,05

ANEXO Nº7

Colocación de gigantografia en la sala de acogida

Revision del protocolo previa a la entrega con el personal de enfermería

Entrega del protocolo a la líder de enfermería