

**UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO**

**ÁREA: CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA: ENFERMERÍA**



**TESIS DE GRADO**

**PROPUESTA DE PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN  
MUJERES CON VIOLENCIA INTRAFAMILIAR QUE ACUDEN AL SERVICIO  
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL ROBERTO GALINDO DE LA CIUDAD DE  
COBIJA DEPARTAMENTO DE PANDO**

Tesis para obtener el Título Académico de Licenciatura en Enfermería

**POSTULANTE: ALESSANDRA APARECIDA LEANDRO DE AVILA**

**TUTOR: LIC. CRISTINA ATTO GUTIÉRREZ**

**Cobija-Pando**

2014

i

**DEDICATORIA**

A DIOS, por ser mi creador, amparo y fortaleza, cuando más lo necesite y por hacer palpable su amor en mí.

A mi amada e inolvidable madre – **Maria Auxiliadora Ribeiro Leandro** que partió al infinito, en su memoria, a mi esposo Edson Carlos de Ávila; a mis hijos, Manoela Cristina Leandro, Rangel Leandro de Ávila y Taina Monique de Ávila; a mi padre Vicente José Leandro y a mis Hermanos Sandra Regina, José Frederico y Anderson Antonio dedico con todo mi amor este proyecto de investigación. Gracias por su amor, paciencia, tolerancia, aliento y apoyo para lograr mi sueño.

## RECONOCIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por ser mi guía espiritual día a día en mi vida, quien me permitió seguir adelante luchando en busca de mi superación.

A la Universidad Amazónica de Pando, Área de Ciencia de la Salud, Carrera de Enfermería, la cual me brindó la oportunidad de realizar mis estudios y a los docentes que con sus conocimientos científicos aportaron a la culminación de mi carrera, y muy en especial a la Lic. María Encarnación de Acosta, Coordinadora de la Carrera de Enfermería por ter aceptado esta investigación y por ser fuente de conocimientos y modelo de excelencia profesional.

A los licenciados Víctor Hugo, Margarita e Rudy Beltrán por su apoyo incondicional en la elaboración del opúsculo del Protocolo de Intervención de Enfermería;

A licenciada Jacqueline Suarez, mi compañera de facultad, por su tiempo, dedicación, paciencia y consejos en la corrección y edición de este trabajo e por su apoyo en la recolección datos;

También agradecer a la Licenciada Esther Navarro, por sus conocimientos científicos y un sinfín de experiencias vividas y adquiridas con sus experiencias, que con paciencia y esmero me apoyo al desarrollo de esta investigación.

<b>ÍNDICE</b> .....	i
<b>DEDICATORIA</b> .....	ii
<b>RECONOCIMIENTO</b> .....	iii
<b>RESUMEN</b> .....	iv
<b>CAPÍTULO I</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	4
1.1.1 Descripción del problema.....	4
1.1.2 Formulación del problema.....	6
1.1.3 Importancia del problema.....	6
1.2 Justificación.....	6
1.3 Objetivos.....	11
1.3.1 Objetivos Generales.....	11
1.3.2 Objetivos Específicos .....	11
1.4 Hipótesis de investigación.....	12
1.4.1 Hipótesis general.....	12
1.4.2 Hipótesis específica.....	13
1.4.3 Operacionalización de las variables.....	13
<b>CAPÍTULO II</b> .....	15
<b>MARCO TEÓRICO</b> .....	15
2.1 Violencia intrafamiliar.....	15
2.2 Factores de riesgo de la violencia doméstica.....	15
2.2.1 Impactos individuales de riesgo de violencia doméstica.....	17
2.2.2 Impactos relacionales de riesgo de violencia doméstica.....	19
2.2.3 Impactos socioculturales de riesgo de violencia doméstica.....	20
2.3 Manifestaciones de la Violencia Doméstica.....	20
2.3.1 Maltrato físico.....	20
2.3.2 Maltrato psicológico.....	21
2.3.3 Maltrato sexual.....	23
2.4 Perfil de la mujer víctima de violencia doméstica.....	23

2.5 La Violencia Doméstica y los Derechos humanos.....	24
2.5.1 Mujeres defensoras de los derechos humanos.....	26
2.5.2 La mujer boliviana y los derechos humanos.....	30
2.6 Aspectos Éticos y Políticos de la Violencia Doméstica en Bolivia.....	35
2.6.1 La violencia doméstica en Bolivia.....	36
2.6.2 Legislación.....	47
2.6.3 Políticas públicas.....	52
2.7 Contexto Local e Institucional.....	53
2.8 Cuidados de enfermería en los casos de violencia intrafamiliar.....	56
2.8.1 Intervención de enfermería en mujer sin riesgo de violencia doméstica.....	61
2.8.2 Intervención de enfermería en mujer con sospecha de violencia doméstica.....	61
2.8.3 Intervención de enfermería en mujer víctima reconocida con o sin peligro.....	61
2.8.4 Actuación Asistencial de enfermería.....	62
2.8.5 Valoración de enfermería en la seguridad.....	62
2.8.6 Información y derivación de enfermería.....	62
2.8.7 Actuación legal de enfermería.....	63
2.8.8 Valoración de enfermería en la mujer en situación de VIF .....	63
2.8.9 Tratamiento de enfermería de las lesiones y trastornos.....	63
2.8.10 Valoración de enfermería de la seguridad de la mujer y sus hijos.....	64
2.8.11 Recursos para la atención a víctimas de violencia intrafamiliar.	64
2.8.12 Recursos generales de atención a la mujer.....	65
2.9 Habilidades y recursos.....	65
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>66</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO.....</b>	<b>66</b>
3.1 Tipos de Estudio.....	66
3.2 Universo y muestra.....	66
3.2.1 Recolección de la información.....	67

3.3 Delimitación de la Investigación.....	67
3.4 Procedimientos para el análisis de datos.....	67
3.5 Limitaciones del estudio.....	69
<b>CAPÍTULO IV.....</b>	<b>70</b>
<b>PROPUESTA.....</b>	<b>70</b>
4.1 Modelo multidimensional.....	71
4.2 Protocolo de intervención de enfermería.....	72
4.2.1 Duración.....	73
4.3 Plan de trabajo.....	73
4.3.1 Metas.....	73
4.3.2 Objetivos.....	73
4.3.3 Actividades.....	74
7.4 Evaluación.....	74
<b>CAPÍTULO V.....</b>	<b>75</b>
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>75</b>
5.1 Tabulación e Interpretación de datos.....	75
5.1.1. Interpretación de los resultados de la aplicación de la encuesta al Personal de Enfermería hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija.....	75
5.1.2. Interpretación de los resultados obtenidos a través de las historias clínicas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ingresadas al hospital Roberto Galindo Terán de enero hasta junio del 2013.....	85
5.2 Comprobación y Discusión de hipótesis.....	88
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>90</b>
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>90</b>
6.1 Conclusiones.....	90
6.2 Recomendaciones.....	91
6.2.1 Al SEDES Pando .....	92

6.2.2 Al Hospital.....	93
6.2.3 A las escuelas, colegios y universidades.....	93
6.2.4 A los medios de comunicación, periodistas y comunicadores....	94
6.2.5 A la población.....	94
6.2.6 Al personal de enfermería.....	95
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>96</b>
<b>SIGLAS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO I: CARTAS DE ENDOSO.....</b>	<b>101</b>
<b>ENCUESTA.....</b>	<b>103</b>
 <b>ANEXO I I: ÍNDICE DE CUADROS</b>	
CUADRO N.º1: Incidentes de feminicidios registrados de enero – septiembre 2013 en Bolivia .....	106
CUADRO N° 2: Casos registrados de violencia intrafamiliar por tipo en Bolivia por departamento en el primer semestre del 2011.....	107
CUADRO N° 3: Total de registró y promedio diario denuncias de violencia Gestiones del 2007 al 2011 9 capitales de departamento y municipio del alto estado plurinacional de Bolivia.....	107
CUADRO N° 4: Total registro de denuncias desagregado por sexo según n° de Ley gestiones del 2007 al 2011 9 capitales de departamento y municipio del alto estado plurinacional de Bolivia.....	107
CUADRO N° 5: n° total feminicidios por tipo de feminicidio histórico 2009 – 2013 (p) Estado Plurinacional de Bolivia.....	108
CUADRO N° 6: Patrón comparativo de violencia intrafamiliar entre hombre y mujer de julio a diciembre de 2009.....	109
 <b>INDICE DE GRAFICOS</b>	
GRAFICO N° 7: Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según edad actual, primer semestre 2009 (En porcentajes).....	109

GRAFICO N.º 8: Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según estado civil, primer semestre 2009 (En porcentajes).....	109
GRAFICO N.º 9: Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según relación de parentesco, primer semestre 2009 (En porcentajes).....	110
GRAFICO N.º 10: Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según lugar de agresión, primer semestre 2009 (En porcentajes).....	110
GRAFICO N.º 11: Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según nivel de educación, primer semestre 2009 (En porcentajes).....	111

### **INDICE DE FIGURAS**

FIGURA N.º 11: Patrón comparativo denuncias registradas por la brigada de protección a la familia sobre violencia familiar y/o doméstica de 2000 a 2004.....	111
<b>FOTOS</b> .....	112

## IV

### RESUMEN

El presente trabajo de investigación surge como una necesidad de conocer, la intervención de enfermería en forma integral de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, por parte de los profesionales enfermeros y enfermeras que trabajan en el Servicio de Emergencia del Hospital Roberto Galindo de la ciudad de Cobija capital del Departamento de Pando. Los enfermeros(as) constituyen el equipo de primera respuesta, ante la situación de riesgo, y es quien tiene que identificar a las víctimas ocultas. El tipo de trabajo que realizan, los expone a demandas extraordinarias de tiempo, y a emociones intensas, de difícil manejo, ante personas en situaciones de violencia.

Reconociendo el fuerte impacto que tienen las diferentes formas de violencia intrafamiliar ejercidas contra las mujeres bolivianas, el presente estudio tiene el propósito de proponer un protocolo de procedimientos de enfermería, con el propósito de tornar más eficazmente las acciones referentes a la atención y prevención de la violencia intrafamiliar ejercidas por el personal de salud del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

# CAPÍTULO I

## 1.1 INTRODUCCIÓN

La familia, institución fundamental en la socialización de las personas, con la misión de procurar el desarrollo más pleno de cada uno de sus miembros y su integración a la sociedad, atraviesa una etapa crucial en la historia de la humanidad. Se ha reconocido públicamente que lo que debe ser el lugar que les ofrezca seguridad física y emocional a sus miembros, les provea las destrezas necesarias para enfrentarse a la vida y sus retos, es hoy el lugar donde sus miembros están en mayor riesgo de recibir daño físico, psicológico y sexual por parte de los seres que aman.

La violencia que se vive en los hogares ha obligado a muchos países a tomar medidas para su prevención y tratamiento, desarrollando programas de intervención para afrontar este problema, que parece haberse convertido en un estilo de vida de los tiempos modernos. Como todo en la vida, la violencia tiene su propio ciclo vital. Contrario a los enojos o malos entendidos que pueden surgir en cualquier relación interpersonal, la violencia en los hogares y específicamente la violencia que surge en la relación de pareja, no es inherente a este tipo de relación.

Violencia familiar y violencia doméstica son conceptos que indiscriminadamente suelen utilizarse en el diario vivir. Hay, sin embargo, diferencias: la violencia familiar ocurre cuando un miembro (agente activo) actúa en el ejercicio de su poder (y en una reciprocidad de roles) hacia otro miembro (agente pasivo), de tal manera que le provoca un daño físico, psicológico o sexual, sin que la víctima pueda repeler el daño de una manera racional y pacífica. La violencia familiar puede ocurrir en cualquier dirección de la relación entre los miembros que componen la estructura familiar: cónyuges, padres, hijos, hermanos, abuelos, tíos, sobrinos, etc. Sin embargo, en el presente estudio, violencia familiar será tratada como los actos de violencia entre cualesquiera de los componentes,

excepto la que ocurre entre la pareja conyugal heterosexual. En las Ciencias Sociales, la violencia familiar y la violencia doméstica abarcan todo tipo de maltrato contra menores y adulto mayor.

Existen diversos significados para el término violencia doméstica, pero en su mayoría se refieren a actos realizados por un hombre contra una mujer en los que ha existido algún tipo de relación íntima. Las Naciones Unidas incluyen dentro del contexto doméstico a otros miembros como puede observarse en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993):

Todos los actos de maltrato físico, psicológico y sexual por diferencia de sexo, realizados por un miembro de la familia contra la mujer de la familia, que van desde ataques sencillos hasta agresiones físicas graves, secuestro, amenazas, intimidación, coacción, acoso, maltrato verbal, entrada a la fuerza ilegalmente, incendio premeditado, mutilación de órganos genitales femeninos, violencia contra trabajadoras caseras e intentos de cometer tales actos.

Para fines de esta investigación entendemos por violencia contra la mujer a cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause su muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico. También que le genere perjuicio en su patrimonio, economía, fuente laboral o en otro ámbito cualquiera. (Ley No 348 Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, 15 de marzo de 2013). Esta ley establece medidas de naturaleza criminal para ofrecer protección a las víctimas.

La violencia se piensa, se siente, se vive y se manifiesta de diferentes maneras, todas ellas dañinas a la sana convivencia social. Niños, adolescentes, personas adultas y ancianos sufren violencia en algún momento de su ciclo vital. Anualmente la violencia doméstica Bolivia cobra un promedio de 25 mujeres víctimas, esto es, que mensualmente dos mujeres bolivianas perderán sus vidas a manos de alguien a quienes ellas les confiaron su amor.

La violencia confundida a veces con la agresividad, es un acto racional, ya que es un acto intencional y siempre dañino al que lo ejecuta, al que lo recibe y a la sociedad en general. Para entender la violencia, es necesario comprender la naturaleza de la conducta humana y de esta forma poder establecer las

diferencias entre la agresividad innata y la violencia aprendida. Tanto en la conducta humana que se considera normal y en la conducta violenta se encuentran presentes en su génesis y manifestación factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

Con el deseo de aportar herramientas científicas de trabajo que ayuden a entender mejor y a resolver el fenómeno de la violencia doméstica, se expone en este trabajo, en primer lugar, un marco teórico que conceptualiza la violencia en la sociedad actual, centrándonos especialmente en la violencia doméstica. En segundo lugar, hemos propuesto un Protocolo de Procedimientos e Intervención de Enfermería para las mujeres víctimas de violencia doméstica que acuden al Hospital Roberto Galindo.

Propongo, además, un Protocolo de Procedimientos e Intervención dirigido al personal de Enfermería, donde se ha observado que el equipo de enfermería está desinformada e insegura para atender y controlar a las víctimas de violencia intrafamiliar que se acercan al Servicio de Emergencia del Hospital Roberto Galindo, ya que, se abocan más al cuidado de la pronta atención física del paciente, y no, a las manifestaciones que en ciertas oportunidades son subjetivas de la víctima, llegando a veces a situaciones extremas.

Esta problemática se genera en el ámbito personal y privado, por esa razón es mucho más complicada la inferencia o el abordaje en forma integral, esta situación se agudiza ante la falta de reconocimiento y valor social del profesional enfermero(a), quien no ocupa un lugar preponderante, en el equipo interdisciplinario, y en ocasiones las tomas de decisiones no es aceptado por el resto del equipo.

Con esta propuesta, se espera concientizar al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo sobre la importancia de una exhaustiva, observación, valoración de la víctima y toma de conciencia a fin de ejecutar positivamente un abordaje idóneo en el caso de violencia intrafamiliar.

La investigación científica que aquí se presenta se ha realizado con la mayor rigurosidad posible. Es el producto de un proceso dinámico. Los conocimientos adquiridos y los generados han de producir nuevas ideas e interrogantes para continuar investigando el fenómeno de la violencia doméstica.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Los enfermeros(as) del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, están capacitados para el abordaje de casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar?

### **1.2.1 Descripción del problema**

Se ha observado que el personal de enfermería está desinformada e insegura para atender y controlar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que se acercan al Servicio de Emergencias del Hospital Roberto Galindo, ya que, se abocan más al cuidado de la pronta atención física del paciente, y no, a las manifestaciones que en ciertas oportunidades son subjetivas de la víctima, llegando a veces a situaciones extremas.

El presente trabajo de investigación surge como una necesidad de conocer, la intervención de enfermería en forma integral y secuencial de víctimas de violencia intrafamiliar, por parte de los profesionales enfermeros(as) que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo. Los enfermeros(as) constituyen el equipo de primera respuesta, ante la situación de riesgo, y es quien tiene que identificar a las víctimas ocultas. El tipo de trabajo que realizan, los expone a demandas extraordinarias de tiempo, y a emociones intensas, de difícil manejo, ante personas en situaciones de violencia.

Parte de su trabajo, consiste en la posibilidad de enfrentar experiencias, de dolor y sufrimiento humano, donde se vivencia por parte del paciente, un amenaza a

su integridad psicofísica, que coloca al personal de enfermería en una instancia de intenso estrés, para lo cual debe utilizar medidas de afrontamiento y así ofrecer respuestas teórico-prácticas que permitan el desarrollo de conductas adecuadas, para el manejo de víctimas de violencia, previa información y conocimiento del hecho. De lo contrario, todas estas condiciones, propias del trabajo de primera respuesta, pueden producir una serie de reacciones físicas, emocionales, conductuales y cognitivas, en el personal enfermero(a), que potencialmente pueden interferir, en las habilidades para actuar en el lugar de las operaciones en forma inmediata.

La atención de enfermería en el hospital, observa en la víctima de violencia intrafamiliar algunas de las siguientes características:

- Que en sus malos tratos o agresiones físicas, emocionales y psíquicas en forma sostenida, pierde su identidad y la conciencia de sí mismo.
- La víctima no está segura ni orientada en la situación en que se ve envuelta, su autoestima está disminuida y su personalidad vulnerable y lábil.
- Se encuentran en "cautiverio", en esclavitud, sin apoyo, esa situación anula toda relación con el resto de familiares y amigos.
- El accionar de la víctima no es sana ni comprometida con la realidad pues, su lucha no alcanza objetivos, por vivir en continuo sojuzgamiento, inseguridad y vulnerabilidad.

La atención de la(o) enfermera(o), en la sala de emergencias, ante la víctima de violencia de género, en términos generales se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Observan falta de contención o conocimiento sobre el actuar, ante la víctima, de los profesionales, y esto dificulta la relación enfermero(a)-paciente.
- Observan una prestación, cuidados y atención idóneos a la víctima, aun con desinformación, sobre los postulados teóricos de la violencia.

- Observan sobrecarga asistencial y falta de tiempo.
- Observan falta de privacidad en las consultas y servicios de urgencias, lo cual no favorece un clima adecuado, para la entrevista con las pacientes.

Con todo lo anteriormente planteado, surge la siguiente interrogante, con respecto a la problemática de la relación violencia intrafamiliar con el equipo de enfermería.

### **1.2.2 Formulación del problema**

1. ¿Por qué es importante establecer un Protocolo de Procedimientos E Intervención de Enfermería específico a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Hospital Roberto Galindo en el primer semestre 2013?

### **1.2.3 Importancia del problema**

Poder sugerir un Protocolo de Procedimientos E Intervención de Enfermería para ser utilizado en los casos de las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar que ingresan en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

## **1.3 JUSTIFICACIÓN**

Desde que en Bolivia entró en vigor la nueva Ley Integral 348 para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia de enero a septiembre de este año el Observatorio “MANUELA”, Violencia, Femicidio y Mujeres en Riesgo del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM) registró 125 asesinatos de mujeres, de los cuales 82 son feminicidios y 43 muertes violentas de mujeres por inseguridad ciudadana. Los 82 feminicidios se han cometido en 7 departamentos del Estado Plurinacional de Bolivia. Los datos más altos de feminicidios se han registrado en los departamentos de La Paz 35, Cochabamba 21 y Santa Cruz 17 casos.

Según el monitoreo de prensa, febrero ha sido el mes en el que más feminicidios se han perpetrado, 18 casos, seguido de los meses de junio con 13, julio con 13 casos, mayo con 9, septiembre con 7, abril con 6, enero con 6, marzo con 5 y el mes de agosto también con 5 casos. Entre tipos de feminicidios producidos en los nueve meses del año se destacan el íntimo o conyugal con un 59,76 %, seguido por sexual con un 23,17 %, el feminicidio infantil con el 9,76 %, familiar con el 1,22 %, social con 1,22 %, por ocupación estigmatizada con 1,22 %, feminicidio por aborto mal practicado 1,22 % y feminicidio por conexión con el 2,44 %.

Las políticas de salud en forma integrada, consensuada y coordinada con el personal de salud, intentan implementar acciones, con contenido en materia judicial, que actúe efectivamente, para lograr mayor igualdad de derechos, para todos los individuos y prevenir y erradicar la violencia en todos los ámbitos inclusive en la nueva Ley Integral 348 dice en el **ARTÍCULO 20 I**: El Ministerio de Salud y Deportes, tiene la responsabilidad de adoptar las siguientes medidas, dirigidas a garantizar a las mujeres en situación de riesgo o de violencia, el acceso a los servicios de salud, su tratamiento y protección, como un problema de salud pública:

1. Incorporar estrategias y programas de promoción, prevención e intervención integral en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, con el propósito de garantizar la lucha contra la violencia hacia las mujeres en las Políticas Públicas de Salud.
2. Incluir e implementar la Norma Nacional de Atención Clínica, el protocolo único de detección, atención y referencia de la violencia y sus efectos, incluyendo todas las formas de violencia física, violencia en servicios de salud, psicológica y sexual contemplados en la presente Ley, con enfoque intercultural y de género.
3. Diseñar y ejecutar planes de capacitación, información y sensibilización sobre promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia; al personal profesional, auxiliar y administrativo de los servicios de

salud públicos, de los entes gestores de la seguridad social a corto plazo y de servicios privados, para garantizar su actuación oportuna y adecuada en la detección, prevención, atención y protección a las mujeres.

4. Garantizar que el Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y privado, responda con atención médica y psicológica de emergencia, tratamiento inmediato para el restablecimiento de la salud física y emocional de las mujeres que se encuentran en situación de riesgo y/o violencia; en la prestación de salud gratuita para la atención de mujeres víctimas de violencia al momento de la implementación del Seguro Universal de Salud, quedando prohibida la negación de atención.
5. Elaborar e implementar mecanismos para la detección y reporte de potenciales casos de violencia que pudieran sufrir mujeres que recurran a los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.
6. Referir o derivar a las mujeres en situación de violencia o riesgo inminente a los servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección.
7. Respetar las decisiones que las mujeres en situación de violencia tomen en ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos, en el marco de la normativa vigente.
8. Generar y difundir información permanente y actualizada sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, embarazos no planificados y de todas las formas de violencia sexual.
9. El personal médico del Sistema de Salud Público, seguro social a corto plazo y servicios privados, deberán extender de oficio, de forma obligatoria, gratuita y en papel corriente, un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia, debiendo derivarse a las instancias competentes la respectiva valoración del daño psicológico. El médico forense con carácter prioritario deberá homologar los certificados médicos extendidos en casos de violencia contra las mujeres y establecer el grado de impedimento.

10. Adoptar normas, políticas y programas dirigidos a prevenir y sancionar la violencia en servicios de salud y cualquier otra forma de violencia contra las mujeres en los servicios de salud, ejercida por cualquier funcionario de los servicios de salud públicos, seguro social a corto plazo y servicios privados.
11. Promover la investigación científica para la adopción de exámenes y tratamientos médicos menos invasivos, dolorosos o agresivos.
12. Promover la participación comunitaria activa de mujeres y hombres en todos los establecimientos de salud públicos, seguro social a corto plazo y los privados que presten servicios básicos o que administren recursos fiscales en todos los niveles del Estado, para ejercer control social en el cumplimiento de las medidas señaladas en esta Ley.
13. Ampliación de la atención a las víctimas de violencia física o sexual contra las mujeres como prestación del régimen de seguridad social a corto plazo.
14. Otras acciones necesarias en el ámbito de la atención de la salud, que contribuyan a la erradicación de todas las formas de violencia hacia las mujeres.

**II.** Los servicios de salud de todos los niveles, públicos, seguridad social y servicios privados, tienen obligación de atender, bajo responsabilidad, a toda mujer que solicite atención médica y psicológica, así como reportar casos probables o comprobados de violencia contra las mujeres que atiendan, enviando una copia firmada del registro del caso al Ente Rector, para su inclusión al Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y Erradicación de la Violencia en razón de Género – SIPPASE, dentro de las 48 horas de conocidos los hechos.

Se ha observado que el personal enfermería está desinformada e insegura para atender y controlar a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que se acercan al Servicio de Emergencias del Hospital Roberto Galindo, ya que, se avocan más al cuidado de la pronta atención física del paciente, y no, a las manifestaciones que en ciertas oportunidades son subjetivas de la víctima, llegando a veces a situaciones extremas.

Esta problemática se genera en el ámbito personal y privado, por esa razón es mucho más complicada la inferencia o el abordaje en forma integral, esta situación se agudiza ante la falta de reconocimiento y valor social del profesional enfermero(a), quien no ocupa un lugar preponderante, en el equipo interdisciplinario, y en ocasiones las tomas de decisiones no es aceptado por el resto del equipo.

Con esta propuesta, se espera concientizar el personal de enfermería sobre la importancia de una observación, valoración de la víctima y toma de conciencia a fin de ejecutar positivamente un abordaje idóneo en el caso de violencia intrafamiliar.

El equipo de salud del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, debe brindar una atención integral psicológica, social y física, conociendo previamente las circunstancias de la situación de riesgo que llevó a mujer a constituirse en víctima.

Organizar estrategias, para acercar la realidad de la “violencia intrafamiliar” este problema me hizo llevar a cabo esta investigación en el Hospital Roberto Galindo.

Me propuso a realizar este trabajo para fortalecer las atenciones de cuidado de enfermería a las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar ingresadas en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

Por ser profesionales de la salud resulta urgente comprender los antecedentes inmediatos y las consecuencias psicológicas y sociales del fenómeno. Los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz de resolver conflictos interpersonales, especialmente si la han padecido dentro del hogar, ya sea como víctimas o como testigos. La violencia se transforma en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales.

De ningún modo podemos reducir nuestra comprensión del problema a variables culturales o psicológicas. Una respuesta más abarcativa debe considerar variables de diversas órdenes: políticas, económicas, jurídicas, sociales, etc. Más

allá de esta complejidad casual, esta lo irrefutable: el fenómeno existe y representa un grave problema social.

El hospital Roberto Galindo funciona como receptor de los casos de violencia de toda la región de Pando.

## **1.4 OBJETIVOS**

La sociedad boliviana está consciente de que la violencia intrafamiliar es un problema social de todos. Se puede afirmar que la Ley n. 348 *Ley Integral para Garantizar a las Mujeres Una Vida Libre de Violencia*, está difundida en el país y que los ciudadanos pueden definir la violencia doméstica con especificidad a la relación de pareja.

### **1.4.1 Objetivo General**

Identificar procedimientos que aplica el personal de personal de Enfermería en las intervenciones que realiza en la atención de casos de mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, de enero hasta junio de 2013.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- a. Reconocer que conocimientos posee el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo sobre violencia intrafamiliar.
- b. Verificar si el personal de enfermería del servicio de emergencia está aplicando un protocolo de procedimientos e intervención a beneficio de las mujeres con violencia intrafamiliar.
- c. Proponer un Protocolo de Procedimientos e Intervención de Enfermería para ser aplicado al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo en los casos de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

A largo plazo se espera que los profesionales de enfermería del servicio de emergencia establezcan un plan de seguimiento para lo sugerido y actualización del material planteado.

Con los resultados que se obtengan de la tesis se pretende ofrecer un instrumento de trabajo para el personal de enfermería del servicio de emergencia que trabaja en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo para realizar una atención de calidad. Se pretende, demostrar que se pueden aplicar nuevas técnicas de intervención de enfermería donde se minimice el sufrimiento de la víctima. Que un protocolo de procedimientos e intervención de esta naturaleza contribuye a una visión igualitaria de género reduciendo los incidentes de violencia doméstica.

## **1.5 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. Hipótesis General**

Es importante determinar las Intervenciones de Enfermería en las pacientes con violencia intrafamiliar que acudieran al hospital Roberto Galindo de la ciudad de Cobija de enero a junio de 2013.

### **1.5.2. Hipótesis Específicas**

Si el personal de enfermería aplicara un protocolo de procedimientos e intervención se mejoraría la atención y se disminuiría la violencia intrafamiliar en las mujeres que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

### **1.5.3 Operacionalización de las Variables**

**Hipótesis General:** Es importante determinar las Intervenciones de Enfermería en las pacientes con violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia

del Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija de enero a junio de 2013.

<b>Categoría</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Subindicador</b>
Enfermería	Intervenciones de Enfermería	Procedimientos de Enfermería	Plan de Cuidado Protocolo de atención
Violencia	Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar	Factores Sociales, económicos y culturales	Edad Año de escolaridad Estado civil

**Hipótesis Específica:** Si el personal de enfermería aplicara un protocolo de procedimientos e intervención se mejoraría la atención y se disminuiría la violencia intrafamiliar en mujeres que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

<b>Categoría</b>	<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Subindicador</b>
Protocolo de intervención de enfermería	Acciones sistematizadas en el cuidado a víctimas de violencia	Detecta maltrato	-Brinda cuidados básicos de enfermería - Realiza curaciones de las lesiones físicas -Establece un vínculo de confianza con las pacientes -Indaga acerca de la procedencia de las lesiones. -Investiga acerca de los modos habituales de relaciones en el ámbito familiar. - Registra e informa lo observado.

Protocolo de intervención de enfermería	Acciones sistematizadas en el cuidado a víctimas de violencia	Valora problemas emocionales y sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Detecta conductas de aislamiento, desinterés y temor a relacionarse</li> <li>-Identifica cambios de humor y comportamiento.</li> <li>- Demuestra capacidad para generar confianza en la relación con la paciente.</li> <li>- Solicita intervención del equipo de salud mental de la institución</li> </ul>
Protocolo de intervención de enfermería	Acciones sistematizadas en el cuidado a víctimas de violencia	Informa, comunica a la víctima	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Pone en conocimiento a la víctima de la realidad de su situación.</li> <li>- Le informa de los riesgos que corre de no mediar una intervención efectiva.</li> <li>- Informa de los recursos disponibles para solicitar ayuda y contención.</li> </ul>

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2003, revela que una de cada tres mujeres en el mundo ha sido víctima de violencia doméstica. Esto confirma que la violencia doméstica es un fenómeno social tanto en sociedades del primer, como del segundo y tercer mundo.

Por lo que respecta a la terminología más en uso son frecuentes los términos violencia doméstica, maltrato conyugal, maltrato de esposa, esposa maltratada o esposa abusada, para referirse al complejo fenómeno de la violencia física, psicológica, emocional y sexual que recibe la mujer en la relación de pareja. El

hombre también puede ser víctima de violencia doméstica, pero la información recogida al nivel mundial evidencia que más del 80% de los casos registrados de violencia doméstica se producen contra la mujer.

## **2.2 FACTORES DE RIESGO DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

A pesar de que hay algunos autores proclives a afirmar que la violencia en la relación de pareja, es recíproca (O'Leary, 1985), sin embargo, es opinión generalizada que los motivos para realizar tales actos varían de un género al otro, así como los efectos de la acción violenta. La investigación más generalizada sostiene que, en la mayoría de las ocasiones en que una mujer agrede al esposo, lo hace en legítima defensa (Pueblo v. González Román, 92 JTS 17; Browne, 1989; Saunders, 1986; Silva, 1985; Gelles, 1979; Browne 1989). En su libro *When Battered Women Kill*, Browne presenta estudios de casos de mujeres que asesinaron a los esposos que las golpeaban.

La violencia intrafamiliar es el comportamiento de los miembros de las familias que lesionan la integridad, la autonomía, la libertad individual, sexual, la dignidad de otros miembros. Tales conductas incluso significan amenazas para la vida. La mejor y primera medida que debería tomar cualquier persona para protegerse y evitar un nuevo incidente de violencia intrafamiliar es denunciar el hecho.

Las conductas agresivas se deben al consumo de alcohol y drogas. La mujer maltratada se queda en esa relación porque le gusta. Los niños que presencian violencia no son afectados, pues no se dan cuenta. En nuestro país, la presencia de niños, niñas y adolescentes en situación de calle tiene en la violencia intrafamiliar una de las más importantes causas.

La violencia doméstica es un fenómeno que no ocurre al azar. Es un proceso en el cual intervienen factores individuales, relacionales y socioculturales. Para muchos la causa principal de la violencia doméstica nace de la ideología patriarcal. Ciertas creencias filosóficas y religiosas se combinan con el

patriarcado para sostener la desigualdad entre géneros, considerando a la mujer como un ser inferior y en subordinación al hombre.

Entre los factores relacionales se contemplan los factores familiares como la estructura y dinámica familiar: tamaño de la familia, las expectativas de género y patrón de socialización, la situación económica, la forma de relacionarse los miembros, entre otros. Hay factores relacionales de género que están influenciados por el patrón cultural. Los hábitos y costumbres se fijan en el comportamiento de los individuos y se transmiten de una generación a otra como algo natural dando la impresión de que siempre fue así. Los valores simbólicos compartidos, las creencias y normas forman también sistemas de interacción que estructuran las relaciones sociales, haciendo posible las expectativas de género. La permanencia de estas formas socio-culturales se consolida mediante las instituciones sociales como la familia, la escuela, las costumbres, los usos sociales y las leyes. Le confieren gran significado al contexto familiar los lazos consanguíneos que constituyen la base afectiva en la relación.

### **2.2.1 Impactos individuales de riesgo de violencia doméstica**

Entre los factores individuales de riesgo hay que tomar en cuenta las predisposiciones genéticas que tienen las personas – diabetes, trastorno mental bipolar, Alzheimer – que pueden contribuir a un comportamiento violento. La Neuropsicología postula que alteraciones en los procesos químicos normales de la actividad cerebral afectan adversamente los procesos motivacionales que guían las percepciones y los pensamientos. Además de las predisposiciones genéticas puede haber lesiones, enfermedades, condiciones producto de la contaminación ambiental, así como deficiencias nutricionales que afectan el cerebro. José Martín, investigador del Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia en España, señala como factor biológico que puede provocar lesión cerebral el efecto del zarandeo sistemático en infantes. Este zarandeo puede provocar la rotura de la corteza cerebral que está relacionada con la inestabilidad

emocional. Se estima que en Estados Unidos sobre 15 millones de personas tienen algún daño cerebral (Holman y Quinn, 1992:65).

Las sustancias psicoactivas como la marihuana, cocaína, alucinógenos, heroína, alcohol y otros poseen químicos que afectan el sistema nervioso central y alteran los estados de ánimo y el comportamiento de las personas. Las sustancias químicas contribuyen a los comportamientos violentos en cuanto inhibidores o estimuladores de la actividad cerebral. Las drogas son sustancias naturales o artificiales que pueden afectar el control mental interno y cuando la persona decide detener el uso, los síntomas de retirada nuevamente pueden propiciar conductas violentas. Entre estas sustancias el Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud (2003) señala, como factor de riesgo de violencia doméstica, el consumo de bebidas alcohólicas por parte del varón. Las encuestas de población, de las que se infieren estos datos, se realizaron en Brasil, Camboya, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, España y otros países.

Según la Organización Mundial de la Salud (1997) casi tres millones de españoles son bebedores excesivos y de ellos, 1, 600,000 se clasifican alcohólicos. Sólo 300,000 aceptaron someterse a tratamiento de deshabituación. El 27% de los casos de abusos de niños y el 25% de los casos reportados de violencia doméstica estaban relacionados con la dependencia del alcohol.

En Sudáfrica, los hombres se valen de una borrachera para cobrar valentía y propinar la paliza, según les parece que se espera socialmente de ellos (Abrahams, Jewkes, R. y Laubsher, 1999 en Informe mundial sobre la violencia y la salud, 2003).

**Casi el 50% de la población boliviana consume alcohol** y el 4% de la población del mundo tiene problemas con el alcohol y en Bolivia se estima que el 10%, cuyo porcentaje es un aproximado sacado de los países vecinos porque no hay datos oficiales. De acuerdo a estudios realizados por el Centro Latinoamericano de Investigación Científica (Celin Bolivia) en el país, existe una tendencia marcada en cuanto al consumo de alcohol se refiere. En los últimos 15 años el número de

consumidores de bebidas alcohólicas se ha mantenido; sin embargo, llama la atención que casi la mitad de los bolivianos consumen alcohol actualmente. Otro hecho preocupante es la cantidad de mujeres fumadoras que va en ascenso cada año, mientras que los varones mantienen no aumentan, ni tampoco disminuyen. En 1992 había un 42% de bolivianos mayores de 18 años consumidores de alcohol, mientras que en 2010 se llegó a 45%, señala el informe elaborado por Franklin Alcaraz, director ejecutivo de Celin Bolivia. Sin embargo, los alcoholatras pueden se tratar en el programa de Alcohólicos Anónimos (AA).

Psicológicamente los hombres que maltratan a las mujeres en la relación de pareja no presentan en la mayoría de los casos trastornos de personalidad (Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, 2003:108). Los estudios realizados en Estados Unidos y Canadá revelan que el problema mayor de estos hombres es la inestabilidad emocional, la inseguridad, la baja autoestima y el deficiente control de los impulsos (Kantor y Jasinski, 1998). Se constata también que están dotados de insuficientes destrezas para afrontar y solucionar los problemas.

### **2.2.2 Impactos relacionales de riesgo de violencia doméstica**

La estructura y dinámica familiar pueden hacer de la violencia la forma común de relacionarse con los miembros, constituyéndose así en un estilo de vida no saludable. La violencia puede adoptar formas diversas en una relación, en que cada persona participa directa o indirectamente, comprometiéndose en la génesis del acto violento.

La violencia puede cumplir una función dual: la agresión y el castigo. En la *violencia castigo* la víctima puede justificar la conducta violenta del agresor e inclusive puede negar que haya ocurrido algún tipo de violencia. Esto suele suceder en relaciones donde existe algún tipo de desigualdad. La característica básica de la violencia castigo es la relación desigual.

La violencia agresión se distingue de la anterior en el intercambio de golpes. Se trata de una relación en igualdad de condiciones. Puede haber diferencia física pero la agresión es bidireccional. La mujer lanza un objeto y el hombre contesta con una bofetada. Los actores en este tipo de relación pueden gozar de una autoestima saludable e inclusive reconocen el valor del otro, cosa que no ocurre en la violencia castigo en la que el agresor devalúa a la mujer como persona.

Las presiones económicas es otro factor relacional de riesgo de violencia doméstica. Cuando una pareja desde el inicio de la relación no establece un presupuesto familiar en conjunto, a largo plazo comenzarán las discusiones sobre quién gasta o paga más. Las finanzas en el hogar es uno de los factores por los que las parejas suelen discutir.

### **2.2.3 Impactos socioculturales de riesgo de violencia doméstica**

Las relaciones patriarcales que han predominado en nuestras sociedades constituyen causas relevantes de la violencia doméstica. Los avances científicos y tecnológicos, los cambios sociales, políticos y económicos, que se expanden por doquier, así como la modernización de la sociedad han impulsado la ruptura con los estereotipos tradicionales que la mujer está llevando a cabo en nuestros días, dejando a un lado las tareas domésticas para incorporarse al mundo del trabajo remunerado y exigiendo al varón que asuma responsabilidad en igualdad de condiciones en el cuidado del hogar. La exigencia a los hombres para que compartan con las mujeres las responsabilidades laborales, políticas, familiares y domésticas, ha creado estados de tensión al varón, que se resiste al cambio, obstaculizando el camino hacia una más perfecta y plena equiparación de derechos.

## **2.3 MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA**

La violencia contra la mujer o violencia de género incluye actos de maltrato físico, sexual y emocional. Incluye someterla a aislamiento, a actos de intimidación o

destructivos cuyo fin es incitar al miedo; toda la forma de ejercer poder y control por parte del esposo, ex esposo, concubino, compañero, novio, ex novio, en una relación de intimidad, es decir, en que se consumó o se sostuvo algún tipo de relación sexual.

### **2.3.1 El maltrato físico**

La violencia física o maltrato físico puede definirse como todo acto que tiene la intención o se percibe que tiene la intención de causar dolor físico o de herir a otra persona. Se estima que en Estados Unidos de América en uno de cada seis matrimonios se experimenta algún tipo de violencia física (Straus y Gelles, 1990). Este tipo de violencia es fácil de identificar por las huellas visibles que deja.

Constituyen actos directos de maltrato físico los siguientes: abofetear, escupir, morder cortar, apretar el cuello con intención de asfixiar o estrangular, empujar, halar y arrancar el cabello, patear, pellizcar, quemar o infligir quemaduras, pegar con el puño, pegar con correas o palos u otros objetos, amenazar con arma blanca o de fuego, con martillo, tijera, romper costillas, nariz u otros huesos, etc.

Existen otros actos indirectos que pueden catalogarse como violencia física. Por ejemplo, cuando le niega el dinero o controla de tal manera que la pareja se ve privada de alimentación o vestimenta o techo adecuados. Cuando la pareja está enferma y se le abandona durante el período de recuperación; cuando se le coarta el derecho de decidir los hijos a procrear o cuando se le obliga a realizar conductas que ponen en peligro su seguridad y salud física. Una persona que es positiva de HIV y no permite que su pareja se proteja de posible contagio.

### **2.3.2 El maltrato psicológico**

El daño psicológico no deja unas huellas visibles de inmediato, como sucede con las agresiones físicas. Eso no significa que el maltrato psicológico no afecte físicamente a las personas. El maltrato emocional o psicológico perdura en el

tiempo, ataca el orgullo, minusvalora la dignidad, la autoestima y el propio concepto de la persona, pero es casi imposible detectarlo a simple vista. Sus estragos en la autoestima son inmensos. El constante maltrato va minando el espíritu de la mujer, que llega a creerse merecedora de los malos tratos. La vulnerabilidad al maltrato emocional tiene sus raíces en las experiencias de la niñez, como son las conductas de apego (Bowlby, 1969). Entre las manifestaciones comunes de maltrato emocional están: humillar, avergonzar e insultar mayormente en público; ponerle sobrenombres como estúpida, loca, sucia, gorda, flaca, palillo, floja, fleje, fea, gorda, puta, etc.

Hay evidencia de que el estrés generado en incidentes de violencia en la relación de pareja genera otros problemas de salud física (Koss y Heslet, 1992 en Weaver, 1998). La mujer víctima visita al médico con una sintomatología que varía desde arritmias cardíacas, dolores de pecho, respiración agitada y sensaciones de ahogamiento (APA, 1994 en Weaver en 1998). La víctima acude al médico o al hospital en la creencia de que sufre un infarto cardíaco o porque tiene dificultad para conciliar el sueño. En un estudio nacional (N=6002) de violencia doméstica, Stets y Straus (1990, en Weaver, 1998) encontraron que el 77% de las mujeres víctimas de violencia doméstica - leve o severa - reportaron síntomas psicósomáticos de dolores de cabeza y sudoraciones frías, mientras que en los hombres estos síntomas solo alcanzaban el 48%.

El maltrato psicológico documentado en los informes policíacos y en casos de acogidas se manifiesta de diferentes formas (Acale, 2000; Ávila, Cruz, Fernández, Román, y Schmidt, 1995; Contreras, y Martínez, 1996; Walker, 1979, 1984; Weaver, 1998). Algunas de éstas son:

- Le echa la culpa cuando las cosas salen mal.
- Exige atención antes de que atienda a los niños.
- Le prohíbe hablar o salir con amigas.
- Desconecta la línea telefónica.
- La llama continuamente para asegurarse de que está en casa.
- Le exige que sea ella la que continuamente lo llame.

- Le relata amoríos extra maritales.
- Le critica la vestimenta o el físico o el peinado.
- La compara con otras diciéndole que son más atractivas.
- Amenaza con abandonarla.
- Amenaza que ha de quitarle los hijos si ella lo abandona.
- Amenaza que se privará de la vida.
- Amenaza con quitarle la vida a ella o a los niños, etc.

En algunos casos, si el agresor tiene armas de fuego, llega a practicar con ella la ruleta rusa. Es frecuente en hombres agresores la conducta de romper objetos y mobiliario del hogar como una forma de ejercer coerción psicológica.

### **2.3.3 El maltrato sexual**

Existen diversas formas de abuso o maltrato sexual de parte del esposo hacia la mujer victimizada siendo la violación una de éstas. La violación ocurre en el matrimonio cuando se tiene relaciones sexuales con la esposa sin el consentimiento de ella, ya sea porque utiliza la fuerza física o mediante algún tipo de droga o está en estado de inconsciencia (Finkerhor&Yllö, 1983 en Villavicencio y Sebastián, 1999). En Bolivia, la Ley Núm. 348, en el artículo 312 (Abuso Sexual) tipifica como delito la violación en la relación conyugal.

El sexo forzado o abuso sexual es impredecible (Ferreira, 1995:233). Constituye amenaza constante para aquellas que lo viven. La violación es una estrategia de poder del agresor que está socialmente tolerada a través del proceso de socialización del rol de género. Cuando el hombre carece de las destrezas de enamoramiento en el juego sexual paulatinamente se convierte en un violador de su pareja.

## 2.4 PERFIL DE LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Los primeros perfiles de la mujer víctima de violencia doméstica se obtuvieron de los trabajos de investigación de Pizzey (1974), Gelles (1974), Martin (1976), Walker (1979), Dobash y Dobash (1979) y Giles-Sims (1983) entre otros. Aunque los estudios confirman que la violencia entre parejas puede ser de naturaleza recíproca, el tipo e intensidad de violencia varía de acuerdo al género (Straus y Gelles, 1990). Los efectos físicos y psicológicos de la violencia contra la mujer en la relación de pareja son mucho más severos que en el hombre. Cuando se comparan las mujeres maltratadas en la relación de pareja con mujeres que no han recibido maltratos, las víctimas de violencia doméstica reportan el doble de dolores de cabeza, cuatro veces más el por ciento de síntomas de depresión y cinco veces y medio más intentos suicidas (Straus y Gelles, 1990). La probabilidad de suicidio aumenta en mujeres que se aíslan socialmente y no tienen redes sociales de apoyo. Según Giles-Sims (1983), los siguientes factores pueden acelerar comportamientos suicidas en mujeres víctimas de violencia doméstica: escalada de violencia y aumento de actitudes negativas del hombre golpeador, aislamiento social de la víctima, ausencia de redes de apoyo, pobre autoestima, aumento de síntomas psicósomáticos y sentimientos de impotencia para salir de la situación. Se informa que el 26% de los intentos suicidas que llegan a las salas de emergencias están vinculados a incidentes de violencia doméstica. Un gran número de éstas habían sido previamente golpeadas por su pareja (Pagelow, 1984).

Browne (1987) en su trabajo con víctimas en casas de acogida desarrolló un instrumento en el que se recoge información sobre los distintos tipos de abuso que ha recibido la víctima por parte del agresor. Los resultados de la entrevista ayudan a la evaluación de los riesgos a que se enfrenta la víctima y a la peligrosidad del agresor. Otra técnica ha sido desarrollada por Blanco Barea (2004) y se utiliza como auto reporte.

En Bolivia el perfil de los agresores que en la mayoría de los casos resultan siendo el esposo, el novio, el concubino o algún familiar cercano.

## **2.5 VIOLENCIA DOMÉSTICA Y DERECHOS HUMANOS**

Las bombas atómicas en Hiroshima y Nagasaki, los genocidios, asesinatos y suicidios masivos junto a la tortura de prisioneros de guerra o la violación de mujeres producto de lo mismo, no pueden pasar por la historia como meros accidentes o eventos para libros de texto. Exige una conciencia colectiva que asuma responsabilidad como seres pensantes de que la especie humana es única, interdependiente e irrepetible. La Segunda Guerra Mundial marca un hito en la lucha por los derechos de la humanidad porque llevó a un grupo de voluntades a unirse en la búsqueda de la paz universal en la que se le asegure a todos por igual sin importar raza, etnia, sexo, religión, clase social o credos religiosos y políticos, una vida digna, derecho natural fundamental del patrimonio de la humanidad.

Mucho antes de la II Guerra Mundial se había reconocido el derecho a la dignidad humana, tanto en Europa como en América. Aunque la proclamación del derecho estaba dirigida a grupos de hombres privilegiados estableció los cimientos del futuro de los derechos humanos. Los estragos de la Segunda Guerra sumado a los logros de la revolución gloriosa inglesa (1689), la revolución norteamericana (1776) y la revolución francesa (1789), el surgimiento de nuevos fenómenos sociales y económicos como la revolución industrial, el urbanismo, los avances científicos y tecnológicos, fueron determinantes históricos para que en el 1945, en la ciudad de San Francisco (EE.UU.), se formalizara lo que hoy es la Carta de las Naciones Unidas, documento constitutivo de la Organización de las Naciones Unidas.

Con la Carta de las Naciones Unidas se define la estructura, metas y competencia de una institución de carácter internacional reafirmando principios básicos del derecho internacional a fin de reconocer, declarar, promover, proteger y defender

los derechos humanos. Después de muchas reuniones y esfuerzos, el 10 de diciembre de 1948 se presenta a los países miembros o Estados participantes, la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Aunque esta Declaración no tenía carácter obligatorio ni ha sido una ley en el sentido estrictamente jurídico, los Estados miembros, le han dado carácter de obligatoriedad conforme a la ley consuetudinaria, de manera, que a niveles regional y nacional se han creado constituciones, pactos, tratados, etc. que buscan la protección de los derechos humanos para todos.

En el Informe sobre Desarrollo Humano 2003 se reconocen como derechos de la persona: el derecho a la libertad de la discriminación, libertad del temor, libertad de expresión, libertad de la miseria, libertad de desarrollar y materializar plenamente la potencialidad humana personal, libertad de la injusticia y las violaciones del estado de derecho y la libertad a tener un trabajo decoroso sin explotación.

El derecho a la dignidad humana es un derecho universal que tiene dimensiones físicas, psicológicas y socioculturales. A la llegada del siglo XXI, la mujer continúa luchando porque se le reconozca el derecho de ser persona y de vivir una vida digna. Mujeres y hombres son igualmente responsables de reconocer, promover, proteger y defender esta dignidad a escalas nacional, regional e internacional.

### **2.5.1 Mujeres defensoras de los derechos humanos**

En homenaje a todas aquellas mujeres que hace siglos y en el tiempo presente lucharon por hacerse valer entre los hombres se dedica esta sección en particular. No es posible mencionar todas y cada una de las mujeres que han aportado en la lucha del reconocimiento de los derechos humanos o que con sus vidas han realizado gestas históricas para marcar el camino de las demás. Tal vez el viaje deba comenzar por el (la) escultor (a) de la Venus de Willendorf (Viena). La diminuta estatuilla esculpida en piedra caliza y hallada en 1908, se asume que cuenta con unos 25,000-20,000 años antes de Cristo. La exuberancia

de su vulva, pechos y caderas la convierten ante los ojos del observador y muy particular ante la disciplina antropológica, en la representación de la *diosa-madre*. Su rostro cubierto en su totalidad por el tocado parece indicar su carácter sacro.

Es posible que la mujer de la caverna fuera objeto de adoración ya que producía el milagro de traer nuevos seres al mundo a quienes generaba por sí misma dentro de su cuerpo (Dulitzky, 2000). Muchas religiones de la antigüedad representan a la mujer como un ser divino o maléfico. Ishtar para los babilonios, Astarté en Siria, Afrodita en Grecia, Venus en Roma, Isis en Egipto, Eva y María para los cristianos y en Bolivia, Atabex, Atabei o Atabeira, la madre y creadora del universo y madre del omnisciente, omnipotente y omnipresente YocahúBagua Maorocotí. Los estudios antropológicos revelan que en un principio las comunidades primitivas eran matriarcales.

Con el desarrollo de la agricultura cambia la estructura de las sociedades primitivas. La acumulación de excedentes de cosecha trajo la desigualdad económica y social dentro del grupo pero también las invasiones a los asentamientos agrícolas. Para defender el poblado, el varón asume el mando de la comunidad. Su capacidad biológica no se veía afectada por embarazos, condición única de la mujer, que por su naturaleza se veía forzada a depender del varón para asegurar también la especie. La diosa-madre pasó a estar bajo la protección masculina.

Con la consolidación del patriarcado, la situación de la mujer sigue cambiando en la estructura social y trayendo nuevos cambios culturales. La idea de que la mujer origina los males del hombre comienza germinar como una forma que justifica la subordinación a éste. Para los griegos Pandora, las sirenas, las parcas, las arpías, Medusa, todas destructoras. Eva, para los judeo-cristianos, la primera mujer que echa a perder el paraíso de la humanidad. Filósofos y religiosos por siglos, han perpetuado las creencias de la inferioridad biológica de la mujer, la mujer débil, ignorante, imprudente, la gran tentación y perdición de los hombres, dominada por sus emociones, incapaz de decidir con sabiduría y por lo tanto, su posición ha de ser de subordinación al hombre, quien es inteligente, fuerte, apto,

prudente, con poder decisonal y no sentimental. Todo un montaje de justificaciones, minimizaciones y negaciones para ejecutar libre de culpa, todo acto de violencia contra la mujer.

En el nombre de Dios se han torturado, humillado, decapitado, asesinado, millones de mujeres en la historia de la humanidad. Otras fueron desterradas como Anne Hutchinson (1591-1643), quien en el 1634 se estableció en Boston, Massachusetts. Natural de Alford en Lincolnshire, Inglaterra, defendía el derecho de participar activamente de los servicios religiosos en la secta de los puritanos. Olimpia de Gouges (1745-1793) en protesta de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, redactó la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana. Su manifiesto exigía:

- Trato igual que a los hombres en la vida pública y privada;
- Derecho al voto;
- Derecho a hablar en público;
- Derecho a la propiedad privada;
- Derecho a participar en el ejército;
- Derecho a la educación;
- Y el derecho a participar activamente en los oficios de la iglesia.

De Gouges murió en la guillotina en el 1793 por haber publicado una carta dirigida a Robespierre. Mientras tanto en Inglaterra, Mary Wollstonecraft (1759-1797) publicaba *La vindicación de los derechos de la mujer*, quien en la historia del feminismo ocupa un sitio de valor al escribirle al legislador francés Talleyrand: *¿no es inconsecuente e injusto someter a las mujeres a leyes en cuya elaboración no participaron?* Otra mujer precursora del feminismo, fue Flora Tristán (en Ander-Egg, 1980) quien escribió:

Vosotros, - pobres obreros, para educaros, para instruiros, sólo tenéis a vuestra madre; para hacer de vosotros hombres que sepan vivir, sólo tenéis a mujeres de vuestra clase, vuestras compañeras de ignorancia y miseria. No es en nombre de la superioridad de la mujer (como se dejará de acusarme) como os digo que reclaméis derechos para la mujer...es en nombre de vuestro propio interés, hombres...Al reclamar justicia para vosotros, demostrad que sois justos, equitativos, proclamad vosotros, los hombres fuertes, los hombres de brazos desnudos, que reconocéis a la mujer como vuestra igual, y con este título le reconoceréis un derecho legal en los beneficios de la Unión Universal de

Trabajadores...Entonces, hermanos míos, sólo entonces, la unidad humana quedará constituida.

Esta declaración de la Sra. Tristán quien fuera una víctima más de la violencia doméstica marca la ruta del discurso que no existe nadie superior o inferior a otro; existen diferencias individuales que hay que respetar. Diferencias que pueden ser fisiológicas, cognitivas, sociales, culturales pero que no justifican la violencia contra nadie. Sarah Moore Grimke (1792-1873) también se rebeló ante la violencia religiosa de la época al cuestionar la subordinación de la mujer al varón como mandato divino. Moore, era una esclava de una plantación en Carolina del Sur, EE.UU., que escribió *Cartas sobre la igualdad de sexos y la situación de la mujer* (1838 en Ander-Egg, 1980; Bergstrom, 1996). Su obra se fundamenta en el Capítulo 5 del Evangelio de Mateo y hace referencia a que las bienaventuranzas fueron impartidas sin distinción de género. Considera pues que la interpretación que se ha hecho hasta el presente por los hombres es errónea. El sermón del Monte es un mensaje universal dirigido a la humanidad sin distinción de género.

En EE.UU., el movimiento feminista da comienzo con la Convención de Séneca Falls, N. Y., 1848. Los planteamientos de este Congreso giraron sobre la elaboración de leyes de las que las mujeres no participaban, que como mujeres casadas eran privadas de sus derechos de propiedad y se les privaba, además, de ejercer el voto. La Convención es producto de un frente unido de mujeres para que se les reconociera como personas iguales que a los hombres en capacidades y responsabilidades. Resulta un poco irónico que cuando se redacta la Declaración Universal de derechos Humanos (1948), la mayoría de las mujeres en el mundo no podían ejercer el derecho al voto. Este derecho sólo lo ejercían los hombres pero no siempre todos; había que ser libre. En Nueva Zelanda, sin embargo, se le concedió el derecho al voto a la mujer en el 1893 y en el 1908 en Finlandia se les otorgó el derecho a ser electas para puestos políticos.

Al adquirir el derecho al voto, la mujer obtiene poder en las urnas por la influencia que ejerce en los líderes políticos. El voto es una herramienta de poder para incursionar en el desarrollo de políticas públicas que mejoraran su calidad de

vida. El voto puede considerarse la piedra angular de la lucha por la igualdad, por la influencia que ejerce en aquellos líderes que aspiran a posiciones políticas. Sin embargo, el voto no ha logrado detener la violencia contra la mujer.

La autorrealización humana es un derecho para todos. Por eso, en la mujer no basta ser madre ni ama de casa; tampoco puede seguir siendo un objeto de placer, es necesario que sea tratada como persona (Goldman, 1910). Una persona con igualdad de derechos que cualquier hombre. El progreso de la especie humana está en reconocer mutuamente que aunque con estructuras biológicas diferentes, hombres y mujeres, tienen derechos iguales porque son personas. La violencia doméstica, la violencia contra la mujer es una violación a la dignidad y a la libertad de la mujer.

### **2.5.2 La mujer boliviana y los derechos humanos**

Bolivia es parte de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas (CEDAW) por sus siglas en inglés) Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979 (Bolivia es parte desde el 8 de julio de 1990 y de su Protocolo Facultativo desde el 27 de septiembre de 2000, a través del mismo se reconoce las competencias del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas para conocer denuncias sobre violaciones a los derechos establecidos en la Convención) y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” Con el respaldo de estas convenciones internacionales y los acuerdos suscritos por el Estado boliviano, se sentó una base de disposiciones específicas como es el DS 24894 (1997) sobre Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres que establece la igualdad de hombres y mujeres en el ámbito político, económico, social y cultural y la incorporación transversal de contenidos de género en las políticas públicas.

Es evidente, que a partir de esta normativa básica se han ido incorporando contenidos a favor de la equidad de género en diversas leyes de carácter general. Se reconoce que Bolivia cuenta con un catálogo de leyes avanzadas a favor de los derechos de las mujeres, aunque es insuficiente, el problema es su no cumplimiento por varios factores, entre los cuales se señala como fundamental, una estructura estatal de orden patriarcal con resistente permeabilidad a los fines de equidad e igualdad de género, la insuficiente asignación de recursos, la escasa y débil institucionalidad que viabilice su cumplimiento.

Las leyes aprobadas en el período 2009-2010 corresponden al período post Constituyente asumen particular importancia porque se convierten en la base normativa que define la nueva arquitectura estatal, normativa e institucional respaldadas en la CPE, establecen disposiciones regulatorias en torno a diversos ámbitos estratégicos de la vida nacional en los cuales se pretende incidir con los cambios propuestos.

Se puede afirmar que los resultados respecto a normativas, institucionalidad, y los reconocimientos sociales parciales que han permitido las transformaciones culturales, políticas, sociales y económicas, favorables al reconocimiento y ejercicio de los derechos de las mujeres – responden básicamente a la acción política de las mismas mujeres, las que se han convertido en actoras fundamentales para la propuesta, incidencia, control social y exigibilidad del cumplimiento de la ley con relación a sus derechos, pero también por su contribución en asuntos de interés general.

El movimiento de mujeres adquiere una nueva dinámica que es también explicable desde la perspectiva étnica y de clase. El nuevo escenario favorable a la inclusión social y a la construcción ciudadana de la población indígena abrió las posibilidades de una ampliación de la presencia de las mujeres indígenas en el espacio público y político. El tradicional movimiento elitista de mujeres y la lógica de considerar a las mujeres indígenas, a las mujeres pobres y a las de sectores populares, como población beneficiaria, al parecer está llegando al fin de su ciclo.

La lógica organizacional expansiva como medio de participación política, de canalización de demandas y de acción colectiva ha promovido el surgimiento, el fortalecimiento y el despliegue de nuevas formas de participación de las ya existentes. Se puede afirmar que las organizaciones de mujeres, a pesar de su heterogeneidad, su expansión se convierte en la forma de acceso de las mujeres al espacio público. Este es el caso de organizaciones de mujeres de corte para sindical de alcance nacional (Es el caso de la Organización de Mujeres Bartolina Sisa, que tiene un alcance nacional), de organizaciones de mujeres a nivel local con fines de incidencia también local, organizaciones económico productivas y redes diversas que han asumido importante acciones en los espacios públicos.

El rol actual de las organizaciones sociales; la palestra pública que exige la participación y representación política de las mujeres por ley; los objetivos de igualdad de género apropiados, en forma cada vez más expansiva por las mujeres de distintos Sectores y; las nuevas bases de construcción democrática están redefiniendo los términos de la construcción del sujeto-mujer. Este proceso es complejo y aún restrictivo, sin embargo, entre los indicadores importantes se observa: i) Paulatino empoderamiento, aunque parcial, tanto de las mujeres indígenas originarias campesinas como de las mujeres de los sectores populares; ii) El desarrollo de capacidades de propuestas de articulación de demandas y de incidencia; iii) El desarrollo de capacidades en la gestión pública y; iv) La emergencia de nuevos liderazgos femeninos.

Para realizar el seguimiento, por parte del mecanismo de género, de los acuerdos internacionales suscritos por el Gobierno boliviano y del cumplimiento de la normativa nacional se encuentran severas dificultades institucionales. Esta es una condición imprescindible para consolidar la normativa y el ejercicio de derechos de las mujeres, en ese sentido han surgido diferentes propuestas para hacer seguimiento, como son los informes sobre derechos humanos que emanan de la sociedad civil, los observatorios de género, y otras formas que operan a nivel local.

En la actualidad se han puesto en funcionamiento dos observatorios, uno dependiente del Defensor del Pueblo junto a otras instituciones; y el Observatorio de Género que funciona en el marco institucional de la Coordinadora de la Mujer. Este último, tiene el objetivo de vigilar el cumplimiento de los derechos de las mujeres, con un funcionamiento regular, brinda información periódica en torno a temas centrales como violencia contra las mujeres y acceso a la justicia; participación política y Agenda Legislativa; acceso de las mujeres a la tierra; género y migración; justicia indígena originaria campesina y medios de comunicación. Este servicio pretende contribuir con información para la vigilancia y exigibilidad social, a la incidencia, al debate público en torno a los derechos de las mujeres y la equidad de género.

En la actualidad existen diversas organizaciones sociales en Bolivia con participación activa de mujeres, entre ellas es importante citar a: la Confederación Nacional de Mujeres Campesinas Indígenas Originarias de Bolivia “Bartolina Sisa” (CNMCIOB“BS”), el Consejo Nacional de Ayllus y MarqasdelQullasuyo (CONAMAQ), la Confederación Sindical de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), la Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente Boliviano (CIDOB), la Confederación Sindical de Mujeres de Comunidades Interculturales de Bolivia (CSMICB), la Federación Nacional de Trabajadoras del Hogar de Bolivia FENATRAHOB), la Confederación Nacional de Mujeres Interculturales de Bolivia (CNAMIB), la Federación Nacional de Cooperativas Mineras (FENCOMIN), el Centro Afro boliviano de Desarrollo Integral y Comunitario (CADIC), la Confederación Sindical de Colonizadores de Bolivia (CSCB), Central de Pueblos Indígenas de La Paz (CPILAP), la Confederación Nacional de Trabajadores por Cuenta Propia (CNTPCP), la Coordinadora de Integración de Organizaciones Económicas Campesinas, Indígenas y Originarias de Bolivia (CIOEC-BOLIVIA) y la Asociación de Organizaciones de Productores Ecológicos de Bolivia (AOPEB).

Las organizaciones sociales se convierten en las mediadoras de las demandas sociales, de ahí su relevancia actual. Mujeres dirigentes de estas organizaciones

y movimientos han iniciado un debate para el reconocimiento de sus derechos, la inclusión de un enfoque de género en sus agendas organizativas y la reivindicación de su participación para la democratización de los espacios de decisión en sus propias estructuras organizativas. Sin embargo, en algunos casos, el arraigado machismo en sus estructuras y cultura organizacional, restringe su democratización interna, especialmente en cuanto a la apertura democrática hacia las mujeres, a pesar de la participación de las mismas en diferentes niveles, de la emergencia de importantes liderazgos femeninos, de sus contribuciones, que se dan como parte del ejercicio ciudadano, especialmente por la experiencia acumulada a nivel nacional y local.

Los desafíos que las organizaciones de mujeres se han planteado enfrentar están vinculados prioritariamente a ser reconocidas como actoras sociales en el proceso político, desde sus reivindicaciones étnicas y/o sectoriales, acogidas en una fuerte demanda pro inclusión y reconocimiento. A ello se suma la tarea articular las agendas de género que las mujeres han definido y la construcción de una propuesta despatriarcalizadora que permitan superar las diferentes expresiones de la subordinación y de los desplazamientos que asume las relaciones de poder y de sometimiento ante su supuesto desconocimiento, falta de capacidad y de experiencia. Las acciones corporativistas promueven o crean escenarios favorables para esta instrumentalización política que niega las posibilidades de autonomía como sujetos políticos y de autonomía de las propias organizaciones en su acción política.

La emergencia de las mujeres indígenas a la palestra política, en este proceso, en diferentes formas y ritmos ha puesto en evidencia cuatro temas centrales: i) las condiciones de vida, especialmente de las mujeres indígenas, que responden a factores estructurales de orden económico, social, cultural y político; ii) la rigidez de las relaciones de poder a las que se enfrentan por las jerarquías patriarcales para su inclusión en los espacios públicos; iii) los

esencialismos feministas y culturales y; iv) los conflictos de representación de las mujeres, por su diferenciación de clase y etnia.

## **2.6 ASPECTOS ÉTICOS Y POLÍTICOS DE LA VIOLENCIA DOMESTICA**

La persona se construye en la relación con sus semejantes. Se llega a ser persona en la interacción recíproca con el entorno que incluye tanto aspectos ambientales como contextos sociales. La interacción del recién nacido se inicia con la madre, estructurándose la relación materno-filial. Luego, a lo largo de la vida forma nuevas relaciones con los demás miembros del grupo familiar, de la comunidad y de la sociedad.

En las sociedades modernas, la organización familiar se fundamenta en la ayuda mutua de sus miembros y en lazos afectivos fuertes. A medida que las personalidades se van formando, los intereses particulares y los valores individuales y personales van tomando espacio en la dinámica familiar. En esta etapa del ciclo vital familiar la interacción se hace más complejo y pueden suscitarse problemas. A falta de destrezas en la solución de conflictos, los miembros de la familia pueden entrar en acciones violentas dando lugar a la violencia intrafamiliar, incluyendo la violencia doméstica.

El Estado interviene con los ciudadanos a través de las políticas públicas que establece. Las políticas públicas dirigidas a prevenir e intervenir con los conflictos familiares son necesarias ya que éstos constituyen factores de riesgo para la desestabilización del sistema social general. Dentro de este contexto, las políticas sociales existentes respecto al problema de la violencia doméstica pretenden devolver a la familia, la respetabilidad y dignidad de sus miembros, sin distinción de género, edad, preparación académica, credo y demás.

En la década 60 el movimiento feminista logró que la Organización de las Naciones Unidas colocara en agenda el tema del maltrato que recibían las

mujeres por cuestión de género en el ámbito doméstico y social. A partir de entonces, el tema de la violencia contra la mujer se hizo presente en numerosas actividades, cumbres, congresos, foros, jornadas y convenciones internacionales, destacándose la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Social (Copenhague, Dinamarca, 1994), la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belem do Pará, Brasil, 1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer ( Beijing, China, 1995). Las estadísticas presentadas en cada una de estas actividades sobre la situación de violencia contra la mujer en el mundo fueron decisivas para que muchos países integrantes de las Naciones Unidas desarrollaran leyes que tipificaran como delito todo acto de maltrato o discrimen contra la mujer.

### **2.6.1 La violencia intrafamiliar en Bolivia**

Las Naciones Unidas reconocen que la violencia contra la mujer es principalmente un abuso de poder enraizado en la estructura social que demanda garantías estructurales. En muchos países, los varones de la familia aún tienen el derecho, en nombre del honor familiar, de sacrificar a sus mujeres independientemente si es la madre, hermana, hija o esposa (Irak). La Declaración de El Cairo, aprobada por la Conferencia Islámica de Ministros de Asuntos Exteriores, en 1992, postula que el marido es responsable del cuidado y bienestar de la familia, expresando así el principio de la Sharia y el papel de guardián de los hombres y su superioridad sobre las mujeres (ONU A/CONF.157/PC/35,9 de abril, 1992).

Bolivia es parte de la CEDAW y de la “Convención de Belém do Para” (1994). Mediante la suscripción de esta última, reconoce a la Comisión Interamericana para conocer denuncias sobre presuntas violaciones (El Art. 7 de esta Convención señala: “Los Estados partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y

en llevar a cabo lo siguiente; a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia y velar porque las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación; b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer; c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso; d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse a hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad; e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer; f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces, y h. adoptar las disposiciones legislativas o de otra índole que sean necesarias para hacer efectiva esta Convención”).

El Estado Boliviano ha adoptado normas específicas como la Ley n. ° 348, promulgada en 09 de marzo de 2013, decretada como: Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, cuyo objetivo es la prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos para vivir bien. Es un instrumento de prevención y no tiene el carácter penal y las sanciones que se imponen son administrativas y pecuniarias, no correspondiendo, recurrentemente, a la magnitud del delito.

En el contenido de esta Ley se modifica el Artículo 7 del Código de Procedimiento Penal que calificaba como delitos de acción privada, para convertirse en delitos de orden público (Art. 43), y se deroga el Artículo 276, que permitía la impunidad del agresor, de esta manera las mujeres pueden acudir a la vía penal (Art. 44). El DS 25087 reglamenta esta ley, prevaleciendo el objetivo de la integridad familiar y el énfasis en el enfoque de conciliación que es permanentemente privilegiada y que, en los hechos, no considera los derechos de las mujeres.

La reforma del Código Penal, es una tarea pendiente y necesaria en aquellas disposiciones como el Art. 317, que se refiere a la impunidad del agresor si este contrae matrimonio con la víctima. La vigencia de normas atentatorias a los derechos de las mujeres exige una reforma para una compatibilización con las normas de protección de los derechos de las mujeres apoyadas en los estándares internacionales como es la Convención de Belém do Pará ratificada por el Gobierno boliviano en 1994.

Según el CIDEM, no todos los hombres les respetan, dando origen a un promedio de al menos de 89 bolivianas asesinadas en los primeros diez meses del año de 2013 por violencia machista ejercida en la mayoría de los casos por sus parejas, mientras que otras 50 sufrieron una muerte violenta debido a la inseguridad ciudadana.

El reporte del PNUD señala las cifras confirman que estamos en presencia de un problema de gravísima relevancia que traspasa fronteras, culturas, estratos sociales y económicos. Y es la muestra más clara de discriminación y vulneración de los derechos humanos de las mujeres.

Según informe de PNUD y ONU, que hacen un análisis del cumplimiento de los planes en 32 países de la región, entre el 17 y 53 por ciento de la muestra representativa de mujeres alguna vez casadas o en unión de 12 países de América Latina y el Caribe han reportado haber sufrido violencia sexual o física por parte de un compañero íntimo. En el caso de Bolivia, el 52 por ciento.

Dos de cada tres mujeres son asesinadas en Centroamérica, por el hecho de ser mujeres. Entre el 10 y el 27 por ciento de las mujeres en 12 países de la región reportaron haber padecido violencia sexual infringida por cualquier perpetrador, incluida su pareja.

Hasta octubre de 2013, al menos 89 mujeres fueron asesinadas en el país por violencia machista ejercida en la mayoría de los casos por sus parejas, mientras que otras 50 sufrieron una muerte violenta debido a la inseguridad ciudadana, informó ayer el Centro de Información y Desarrollo de la Mujer.

El feminicidio o asesinato de mujeres por violencia machista se sigue produciendo en Bolivia pese a la promulgación en marzo pasado de la denominada “Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida libre de Violencia”, que castiga el delito con 30 años de prisión.

Con relación a los casos registrados el año 2013 hasta octubre, “la violencia contra las mujeres aumentó en 10 por ciento”, afirmó la directora del CIDEM, Mary Marca, al lamentar la falta de justicia y la impunidad en estos casos, lo que permite que los violadores y asesinos de mujeres estén libres. Según esos datos, La Paz tiene el mayor número de casos (63), le sigue Cochabamba con 30 muertes, de los cuales 22 son casos de feminicidio y 8 víctimas de la inseguridad ciudadana.

Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad (Constitución Política del Estado, Art. 15. I)

El informe sobre el ejercicio de los derechos humanos en el estado plurinacional de Bolivia elaborado por la Defensoría del Pueblo, la violencia contra la mujer se ha convertido en la más grave y constante de las formas de vulneración de derechos humanos en Bolivia por su recurrencia, su crueldad, la impunidad que la rodea y porque es origen y causa de una serie de vulneraciones físicas, psicológicas y sociales cuyo alcance no podemos vislumbrar.

De hecho la propia construcción teórica sobre la mujer, continúa bajo el modelo de la equidad de género que concibe la necesidad del “reconocimiento” y al hablar de los derechos de las mujeres siempre lo hace en relación a los derechos del hombre.

Pese a que la violencia es un mal endémico que encontramos en todos los ámbitos de la sociedad, se ensaña con mayor dureza y frecuencia contra las mujeres, especialmente las niñas y adolescentes. Aunque encuentra mayor recurrencia de casos en los barrios periféricos, las comunidades o los grupos con derechos más vulnerables, se evidencia en todas las regiones, las clases y los espacios sociales. En esta gestión se han producido casos que nos muestran su transversalidad como el asesinato de una empresaria en Santa Cruz, la violencia ejercida contra una diputada en La Paz o la violación de una funcionaria en plena Asamblea Departamental en Sucre. Los victimarios resultan de diversa laya y condición; desde padres, hermanos, tíos, esposos, concubinos, delincuentes comunes, pandilleros, policías, militares, políticos, profesores de escuela, privados de libertad, vecinos o desconocidos.

La propia Constitución Política establece que: “Todas las personas, en particular las mujeres, tienen derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad”, y en concordancia se han aprobado normas como la “Ley contra la violencia en la familia y doméstica”, la “Ley de protección a víctimas contra la libertad sexual”, la “Ley Contra el Acoso Político en razón de género”, la “Ley Contra la Trata y el Tráfico de Personas”, la “Ley Contra el Racismo y toda forma de discriminación”, y las leyes de “Seguridad Ciudadana” y de “Consumo de Bebidas Alcohólicas”. Nuestro país ha suscrito prácticamente todos los acuerdos internacionales que buscan disminuirla y erradicarla e incluso el discurso político sobre este tema es motivo de elogios en todos los foros donde se expone.

Se cuenta con el “Plan Nacional de prevención, sanción y erradicación de la violencia contra la mujer”, institucionalizado en instancias como los Servicios Legales Integrales y las Brigadas de Protección a la Familia. Hay que mencionar

también que el año 2012 fue declarado el “Año de la no Violencia Contra la Mujer”. Todo este aparato jurídico y político, aunque plausible y bien concebido no alcanza para detener este flagelo que parece no tener límites.

De hecho como una ironía cruel o como una muestra de la ineficiencia de las normas y las leyes, este año se aprobó la “Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia”, una de las más avanzadas de su género en la región, sin embargo la cantidad de feminicidios desde entonces ha aumentado en un pavoroso 10% en relación al año pasado. Obviamente no tiene relación de causa, pero nos grafica que la solución ya no pasa por las leyes.

### **Los datos fríos y los casos en la gestión**

De acuerdo a los datos del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), la principal institución boliviana que hace seguimiento al tema, “entre enero y octubre de 2013, 139 mujeres fueron asesinadas. De estos, 89 fueron feminicidios y 50 por inseguridad ciudadana, 40 se produjeron en La Paz, 22 en Cochabamba, 17 en Santa Cruz”.

Una encuesta realizada en 2012 por ONU Mujeres en los tres departamentos más poblados del país, señala que para el 97% de las encuestadas, la violencia hacia las mujeres es un tema grave; el 83% cree que la violencia física es la forma más habitual. El 32% cree que la violencia es algo inevitable o incluso aceptable en algunos casos; 47% cree que la justicia no funciona en los casos de violencia; el 88% cree que las mujeres no denuncian la violencia por temor y el 40% cree que es por vergüenza y el 50% considera que la forma de enfrentar el problema es dando más información a las mujeres para que se defiendan.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en estudio realizado en 12 países de América Latina publicado en enero de 2013, señala que Bolivia presenta el mayor porcentaje de mujeres casadas o en unión libre que declararon haber sufrido alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja; la violencia en Bolivia alcanza al 53,3 % de mujeres, siendo que en Colombia y Perú casi llegan al 40% y Ecuador 32,4%. En relación a los niveles de tolerancia ante la violencia Bolivia ocupa el cuarto lugar en la región. Disponible en:

(<http://www.diputados.bo/index.php/prensa/notas-de-prensa/item/1223-las-dolorosas-cifras-de-la-violencia-contra-la-mujer>).

En lo que va del año, 4.681 mujeres solicitaron atención médica en centros de salud del país, después de ser agredidas por su pareja o algún familiar. En promedio, cada día 15 de ellas demandaron el servicio, según el reporte del Ministerio de Salud.

Según CIDEM, hasta octubre de 2013 se habían reportado 79.000 en denuncias por violencia contra la mujer en todo el país. La Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) registró, de enero a octubre de este año más de 13 mil casos. Por su parte, el área del Buen Trato y Prevención de las Violencias, del Ministerio de Salud indica que “De enero a octubre de 2013 se reportaron 5.709 casos de violencia intrafamiliar; el índice más alto afecta a mujeres de 21 a 59 años (86%); el 97% de las agresiones son del enamorado, cónyuge o esposo”. En La Paz, tomando sólo las denuncias de la Defensoría de la Mujer, los casos de agresión subieron de 2000 en 2012 a 2.850 hasta octubre de 2013. En Cochabamba, según la FELCV hasta ese mismo mes los casos sumaban 600.

Un ámbito de vulneración sistemática y recurrente de los derechos humanos de las mujeres tiene que ver con la violencia simbólica que es probablemente la más extendida, aunque al mismo tiempo la más naturalizada. Se expresa en todos los espacios sociales donde se difunden estereotipos de alto contenido machista que denigran su condición y reproducen la ideología y las conductas patriarcales.

Este tipo de violencia se evidencia en medios de comunicación y de manera más brutal en la red internet. Medios impresos de circulación pública como Alarma El Alto y La Voz en Cochabamba son herramientas de emisión diaria de contenidos textuales y gráficos que fomentan la violencia simbólica hacia la mujer y promueven la construcción social de una idea de la mujer como objeto sexual. Estas publicaciones son de distribución pública incluso al alcance de niños y niñas.

Asimismo, es recurrente la venta callejera de material pornográfico en las principales ciudades del país, que promueven, reproducen y fortalecen estos ámbitos y se convierten en vulneración de derechos colectivos de esta población. La erotización del cuerpo de la mujer es otro ámbito naturalizado en la sociedad que se refleja, tanto en algunos programas de televisión abierta como en la publicidad. Es frecuente y aceptado que las campañas de promoción y marketing utilicen el cuerpo de la mujer como argumento para vender productos o servicios.

El internet es otro espacio que se utiliza cada vez con más frecuencia para la vulneración de derechos de las mujeres. Recientemente una presentadora de televisión fue víctima de una campaña de violencia de género y linchamiento social en la redes sociales producto de un video difundido en la red de internet, según se denunció, por un individuo que uso ese material para chantajearla.

Pese a la existencia de la ley 1674 contra la violencia intrafamiliar y doméstica y la ley 2033 de protección a las víctimas de delitos sexuales, éstos instrumentos no han servido para sancionar a los agresores y disminuir la incidencia de la violencia en las mujeres. Los siguientes datos reflejan esta realidad.

De acuerdo a los datos recopilados de denuncias procesados y analizados por CIDEM (Sistema para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género SIVICIGE y Observatorio Manuela Viola, Femicidio y Mujeres en Riesgo) en las 9 ciudades capitales y la ciudad de El Alto en el quinquenio entre 2007 – 2011 se ha registrado un total de 442.056 denuncias a nivel nacional (datos urbanos) de hombres y mujeres de diferentes grupos etarios.

Los cuadros pretenden mostrar la magnitud de la violencia en nuestro país. La violencia contra las mujeres está institucionalizada porque operadores/as y administradores/as de justicia todavía aplican las normas jurídicas con sesgos de género, discriminando y desconociendo derechos constitucionales que las mujeres tenemos, identifican que no existe una clara voluntad política para proteger a las víctimas del delito, ahora calificado, de femicidio. Podemos afirmar que la naturalización y normalización de la violencia contra las mujeres y

la falta de acceso a la justicia son los principales factores de los feminicidios en nuestro país, porque no hay sanciones para los feminicidios.

Los datos quinquenales también nos muestran las debilidades institucionales para registrar la denuncia desagregada por sexo o edad, así como debilidades en los mecanismos de seguimiento que ingresan a instancias judiciales, sólo como referencia de la denuncia total (442.056) en estos 5 años 247.369 mujeres han denunciado estar en situación de violencia, pero sólo 51 agresores han recibido sentencia ejecutoriada.

Se agrava la situación cuando analizamos los datos emitidos por el Observatorio “Manuela” Violencia, Femicidio y Mujeres en Riesgo. Estos muestran que entre el 2009 y los 2 primeros meses de la gestión 2013 se han registrado en los medios de comunicación un total de 621 muertes violentas de mujeres. De estos el 64,89% son feminicidios y 35,10% asesinatos por inseguridad ciudadana. Finalmente, señalar que hasta la gestión 2012 una mujer víctima de asesinato o feminicidio cada 3 días. Mientras que para los dos primeros meses de 2013 una mujer es víctima de asesinato o feminicidio cada 2 días en nuestro país. Esto sin tomar en cuenta los datos de marzo, pero es fácil darse cuenta que ha recrudecido.

Las estadísticas en Bolivia, sobre la violencia intrafamiliar a forma más extrema de la violencia hacia las mujeres, demuestran que las cifras se incrementan año tras año. En la gestión 2009 (Julio a Diciembre), se reporta un registro de 13.013 denuncias de violencia intrafamiliar en ciudades Capitales e intermedias.

Del total de las denuncias, el 86,44% corresponden a mujeres y el 13,56% a hombres. Distribuidas en el tiempo esto significa: 2.169 denuncias por mes, 87 denuncias por día y 11 por hora.

La edad es un factor importante al hablar de violencia intrafamiliar, así en el gráfico 7 se observa que las mujeres son víctimas de violencia doméstica y familiar mayormente en su edad reproductiva: en el tramo de 20 a 24 años presenta 17,09% de denuncias; seguido del tramo 25 a 29 con 17,86%; de 30 a

34 con 13,75% y el tramo de 35 a 39 años de edad 10,64% de denuncias registradas.

Como se puede evidenciar en el grafico 8 presenta un alto número de denuncias sobre violencia familiar y doméstica entre las mujeres que viven en calidad de pareja con 37,08% las que viven en concubinato y 32,84% las casadas. Las mujeres solteras ocupan el tercer lugar en las denuncias con 10,7% de los casos.

En el grafico 9 se observa que el principal agresor es la pareja de la mujer; el concubino con 35,16% y el esposo con 29,38%. El ex concubino se encuentra en tercer lugar con un 6,58%.

La violencia hacia la mujer se da principalmente en el hogar, lo que quiere decir que las agresiones las recibe la mujer en el ámbito privado. En el gráfico 10 se observa el mayor porcentaje de denuncias por violencia doméstica y familiar en el domicilio de las mujeres (73.09%).

Un factor importante en casos de violencia de género es el nivel educativo. En el gráfico 11 se ve que si bien, las mujeres que tienen bajo nivel educativo presentan porcentajes representativos: solo estudios primarios 34,41% y estudios secundario 30,01%, las que no tienen ningún nivel educativo presentan participación de apenas 9.37%, este hecho podría deberse precisamente a lo mencionado anteriormente (desconocimiento de sus derechos); por otro lado, las mujeres con estudios técnicos o superiores no se libraron de este mal, presentando porcentajes relativamente bajos de 5,11% y 5.87% en los niveles técnico y superior respectivamente.

A la luz de la data recogida, el lugar de mayor riesgo para una víctima de violencia es su propia residencia. El grafico n.º 10 demuestra que en el primer semestre de 2009 se observa el mayor porcentaje de denuncias por violencia doméstica y familiar en el domicilio de las mujeres (73.09%).

Si añadimos, que los datos evidencian que las vías públicas también resultan ser de riesgo para que una mujer sea victimizada, esto exige del Estado que

establezca políticas públicas de seguridad para este grupo de mujeres que son víctimas de violencia doméstica y que está probado, que el hogar es el lugar de mayor riesgo para su vida personal.

De acuerdo el CIDEM entre 2009 y los 2 primeros meses de la gestión 2013 se han registrado en los medios de comunicación un total de 621 muertes violentas de mujeres. Sin embargo, estas cifras pudieran estar por debajo de la realidad ya que al computar los asesinatos ocurridos durante el año, existen las categorías de peleas, crímenes pasionales, otros y se desconoce que pudieran ser muertes por violencia doméstica sin contar los suicidios relacionados al fenómeno. Una mujer que se visualiza impotente de salir de una relación con el agresor puede optar por suicidarse.

Existen diferencias en apreciación respecto a las categorías mencionadas entre la Policía, la Procuraduría de la mujer, Administración de Tribunales y el mismo Departamento de Justicia. Esto puede observarse al momento de comparar los datos estadísticos en las agencias concernidas, lo que ha sido una limitación en el presente estudio.

Los incidentes de noviazgo tampoco están claramente contabilizados ya que la joven en ocasiones, por temor al qué dirán, radique cargos contra el novio por diversos tipos de agresiones cuando en realidad son hechos de violencia doméstica. La realidad es que en Bolivia han muerto más mujeres por violencia doméstica en los pasados 10 años que soldados en la guerra del Golfo Pérsico y en Irak. Hasta se puede afirmar que ni en la Guerra de Vietnam en el 1968.

La probabilidad para Bolivia es que mensualmente morirán 15 mujeres víctimas de asesinato o feminicidio. A pesar de los esfuerzos gubernamentales y de organizaciones no gubernamentales por prevenir y erradicar las muertes por violencia doméstica estas continúan en aumento (Fuente: Bolivia. Comando General de la Policía Nacional: Dirección Planeamiento y Operaciones Div. Estadísticas Elaborado: Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana

desde una Perspectiva de Género – CIDEM, 2005 Nota: El promedio anual es el número de denuncias por año y departamento es de 3400/333) (figura 11).

El problema de la violencia doméstica amerita una intervención multidimensional ya que es un factor que contribuye a otros problemas sociales como, por ejemplo, la delincuencia juvenil porque los jóvenes adultos siempre indican que tenían una opinión negativa de su vida familiar describen su vida familiar llena de peleas y discusiones e son convictos por delitos violentos indican que el comportamiento problemático del padre o su abandono fue un elemento importante en su niñez.

Un dato muy significativo en el sobre la violencia es que la violencia familiar (entre pareja y hacia los hijos) está presente en 1 de cada 4 hogares de los delincuentes juveniles (Nevárez, 1996, p.53). A pesar de los esfuerzos del sistema de justicia criminal para erradicar la violencia de los hogares de las familias bolivianas, aún se confirma que es en el seno familiar donde mayor inseguridad experimenta mujeres y niños.

### **2.6.2 Legislación**

El tema de la violencia hacia las mujeres como un mal endémico de la sociedad boliviana no fue visibilizado sino hasta 1995 cuando se promulgó la “Ley contra la violencia familiar o doméstica” que ni siquiera la particulariza, sino que la inscribe como parte de una forma de violencia que se puede ejercer entre padres, hermanos, del hombre a la mujer e incluso de la mujer hacia el hombre.

Aunque no logró reducir de manera importante la violencia contra las mujeres, su aplicación permitió evidenciar que nos enfrentábamos, como país, a una realidad tan enraizada como pavorosa, porque mostró las primeras señales de un sistema que de tan repetitivo nos parecía natural y que se reflejaba en cifras alarmantes de violencia física, psicológica y sexual que afectaban a casi nueve de cada diez mujeres en el país, sin distinción de clase social, origen ni edad. El incremento de las denuncias, las violaciones en formas aberrantes contra niñas e infantes y las muertes de mujeres luego de largos periodos de tortura, mostraron además

el rostro desnudo de un sistema de impunidad, protección y encubrimiento que hacía prácticamente imposible un verdadero cambio.

Una de las mayores virtudes de la Ley fue que impulsó la creación de entidades movilizadas y organizadas desde la misma sociedad, acompañadas por instituciones de derechos humanos como la propia Defensoría del Pueblo, las Naciones Unidas y otras que empezaron a incidir poco a poco en la opinión pública y luego en espacios de decisión política, sobre la imperiosa necesidad de enfrentar esta forma de violencia que ya se presentaba como un problema sustancial de la sociedad y uno de los espacios más violatorios de derechos humanos.

En primer término, quisiera afirmar que la promulgación de esta ley es un logro del movimiento de mujeres y feministas del país. Si evaluamos sus componentes en relación a la ley 1674, si constituye un avance importante, aunque también es necesario señalar que de la propuesta desde las mujeres se ha incorporado entre un 70 a 75% de lo planteado, eso no significa desmerecer su contenido y los retos que nos plantea para que tenga una real implementación y dé respuesta a los altos índices de violencia contra las mujeres en nuestro país y cómo prevenirla.

En Bolivia hay 16 formas de violencia a las que pueden ser sometidas las mujeres, pero algunas toman las agresiones como situaciones cotidianas. La Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia tipifica cada uno de los casos. Cualquiera de los tipos de violencia no sólo afecta a las mujeres adultas, sino también a niñas, adolescentes y jóvenes. Brígida Vargas, asesora Jurídica del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), aclara que la violencia femenina no tiene edad.

Muchas mujeres piensan que violencia sólo es sinónimo de golpes y gritos, no consideran que al prohibir reunirse con sus amigas, que su pareja las contagie con infecciones de trasmisión sexual, les quite sus ingresos económicos propios, entre otros, son parte de las acciones de violencia, explica.

En marzo de este año, el presidente Evo Morales promulgó la Ley No 348 Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia que protege a

las mujeres de la violencia y marca tres ámbitos de acción: la prevención, protección y sanción a los agresores. Según la norma, la violencia contra la mujer es cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause su muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico. También que le genere perjuicio en su patrimonio, economía, fuente laboral o en otro ámbito cualquiera. Internacional.

Al igual que en el resto del mundo, Bolivia recordará este 25 de noviembre el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. De acuerdo con datos oficiales, siete de cada diez mujeres sufren de algún tipo de violencia.

En enero de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio un informe en el que señala que, de 13 países del continente, Bolivia ocupa el primer lugar en violencia física y es el segundo en violencia sexual, después de Haití. Con estos antecedentes, y según Vargas, la Ley 348 ha tomado en cuenta como nuevos tipos penales el feminicidio, acoso sexual, violencia familiar o doméstica, esterilización forzada, incumplimiento de deberes, padecimientos sexuales y actos sexuales abusivos. Además, la norma incorpora como delitos contra la mujer la violencia económica, violencia patrimonial y sustracción de utilidades de actividades económicas, entre otros. De acuerdo con el CIDEM, la norma delegó el tratamiento de las denuncias, de cualquier tipo de agresión, al ámbito penal para que la sanción sea drástica; además simplificó algunos aspectos del procedimiento penal.

Natasha Loayza, oficial nacional del programa Bolivia de las Naciones Unidas (ONU-Mujeres), sostiene que se requiere de mayor difusión de la ley y de los 16 tipos para que la mujer aprenda a identificar cada uno de los casos.

No solo las víctimas deben saber diferenciar cuándo es sometida a algún tipo de violencia, también todos los actores de la Justicia deben hacerlo para presentar la denuncia a estratos judiciales.

Los tipos de violencia que establece la norma:

1. Física: Cualquier acto de violencia que causa lesión o daño corporal por los golpes, ultrajes, a través del empleo de la fuerza física o cualquier otro medio.
2. Femicidio: Es la extrema violencia, golpes, patadas y el empleo de armas que causan la muerte de la mujer por el hecho de serlo.
3. Psicológica: Es el conjunto de acciones sistemáticas de desvalorización, intimidación, daño emocional que causa la baja autoestima.
4. Mediática: Es la difusión de imágenes y mensajes que promueven la sumisión y explotación de mujeres. Las humillan y difaman públicamente.
5. Social: Son las críticas indirectas, juicios y descalificación de la mujer o control, aparentemente para protegerla, como aislarla del entorno.
6. Dignidad: Es toda expresión verbal o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza que desacredita, desvaloriza y afecta la dignidad.
7. Sexual: Toda acción u omisión que restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres, tanto en el acto sexual como en toda forma de contacto.
8. Reproducción: Es la acción que impide, limita o vulnera el derecho a la información y a elegir anticonceptivos, el derecho a decidir el número de hijos que quiere tener.
9. Salud: Toda acción discriminatoria, deshumanizada que niega o restringe el acceso a una atención con calidad y calidez por parte del personal de salud.
10. Económica: Todo lo que al afectar los bienes propios o gananciales de la mujer ocasiona una disminución de sus ingresos.
11. Laboral: Es la humillación, discriminación, amenaza o intimidación en el ámbito del trabajo ejercido por cualquier persona superior, igual o inferior en jerarquía.
12. Educación: Cualquier tipo de agresión sexual, psicológica, física cometida contra la mujer en el sistema educativo regular, alternativo, especial y superior.
13. Político: Todo acto de acoso o violencia contra una mujer candidata, electa, designada o en el ejercicio de la función político pública.
14. Institucional: Todo lo que implique una acción discriminatoria, prejuiciosa, humillante y deshumanizada que retarde el acceso y atención requerida.

15. Familia: Toda agresión física, psicológica, económica u otros contra la mujer dentro del ámbito familiar, el esposo, padre, hermano, parientes.

16. Toda acción que restringe el ejercicio de los derechos de las mujeres para disfrutar su sexualidad libre y que vulnere la libertad de elección sexual.

En este sentido se han planteado algunas observaciones y señalado también críticas respecto principalmente a los procedimientos cual sean nudos y desafíos.

En los últimos ocho meses, con la vigencia de la Ley 348, la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) registró 15.000 denuncias sobre violencia contra las mujeres. En 2012 el número pasó los 50.000 casos, informa la comandante nacional de la entidad policial, coronel Rosa Lema.

Según datos de la FELCV, del total de casos denunciados, el 60% desistió de seguir el proceso y el resto se encuentra en investigación.

Todos los casos denunciados de esta gestión están en proceso de investigación; tenemos personas detenidas, acusadas de violación y otras tipificaciones de la ley. Respecto a las 15.000 denuncias, el 60% desistió y abandonó el caso, pero la ley instruye al Ministerio Público continuar de oficio con el proceso, explica.

El sociólogo Miguel Gonzales manifestó que los altos índices de violencia doméstica que se registran tienen varias causas, entre ellas la permisibilidad o tolerancia social. Explicó que por eso es importante que la sociedad civil intervenga en todo tipo de violencia y no espere que el Estado lo solucione todo.

Las leyes están bien, pero son insuficientes, porque las instituciones carecen de recursos, ambientes y equipos para hacerlas cumplir, por eso es importante que la sociedad civil se sensibilice y colabore, dijo.

Gonzales explicó que para evitar la violencia es importante realizar programas de prevención y aplicar las leyes.

La sociedad en general sólo espera que el Gobierno erradique y evite la violencia contra la mujer, pero no se dan cuenta de que deben sensibilizarse hacia esta problemática e intervenir y proteger a la mujer en general y en especial a las víctimas de violencia.

Según el sociólogo, nuestra población también cree que el problema de la violencia intrafamiliar es un problema privado, por lo que prefieren no meterse.

Esto debe cambiar, la población debe participar ante este problema y generar mecanismos de protección a mujeres vulnerables, dentro de las escuelas, las OTB, universidades y en todos los ámbitos, dijo.

La directora de la Oficina Jurídica para la Mujer, Julieta Montaña, informó que más del 90 por ciento de las mujeres que han sufrido algún tipo de denuncias desisten por la burocracia y falta de conocimiento de la nueva Ley 348 de los funcionarios públicos y la Policía. Montaña aseguró que a pesar de tener una nueva Ley contra la violencia a la mujer estas agresiones persisten e incluso se ha incrementado porque los agresores siguen impunes y no son castigados.

Sólo se ha modificado la Ley y no las condiciones de trabajo de las instituciones como el Ministerio Público y la Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (Felcv).

### **2.6.3 Políticas públicas**

Cuando se analizan las políticas públicas asumidas por la sociedad boliviana y ejecutada a través de organismos gubernamentales y no gubernamentales, se puede afirmar que se han logrado varias metas. Se ha tipificado como delito los actos de violencia doméstica en la relación de pareja como un mecanismo disuasivo para agresores potenciales. Se ha hecho provisión de órdenes de protección dirigidas a la seguridad física y emocional de las víctimas. Se han desarrollado brigadas de protección para la víctima y sus hijos.

La violencia contra las mujeres ha sido asumida como un tema central y regular de las acciones y políticas del organismo rector de las políticas públicas de género. En el Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades. Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien, contempla como uno de sus ejes centrales la violencia en razón de género, con la definición de política de "Contribuir a la erradicación de la violencia contra las mujeres en razón de género". Entre las acciones concurrentes que especifican están:

- i) mejorar el sistema de atención integral a las mujeres víctimas de violencia de género;
- ii) formación y especialización de profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género;
- iii) reforzar en la protección policial y judicial;
- iv) promover el conocimiento de la violencia de género a partir de los contenidos en el sistema educativo;
- v) desarrollar acciones contra la naturalización de la violencia de género;
- vi) prevenir la violencia sexual contra niñas y adolescentes en el ámbito de la escuela y de la familia y;
- vii) capacitación y sensibilización a operadores/as y administradores/as de justicia en perspectiva de género y atención a casos de violencia.

La debilidad institucional y la inestabilidad del personal del organismo rector desde hace varios años no permite un proceso continuo y de mayor incidencia en la estructura estatal, en las políticas públicas y en la sociedad. Los avances en cuanto a política pública han sido sistemáticamente sostenidos por iniciativas desde la sociedad civil, mediante la acción colectiva de organizaciones de mujeres que han venido trabajando en forma permanente por los derechos de las mujeres. También se ha contado con la participación decisiva de la cooperación internacional para los avances en materia de la lucha por la erradicación de la violencia contra las mujeres.

## **2.7 CONTEXTO LOCAL E INSTITUCIONAL**

La ciudad de Cobija fue fundada con el nombre de Bahía por el Cnel. Enrique F. Cornejo, el 9 de febrero de 1906, en la margen derecha del río Acre, cumpliendo órdenes para su fundación del Mayor Gral. José Manuel Pando, bajo la presidencia de Ismael Montes. En 1908, cambia el nombre al de Cobija, también conocida hasta hoy como "La perla del Acre".

Durante la fiebre del oro verde, desde 1830, la entonces aldea comenzó a crecer rápidamente hasta convertirse en una de las más importantes ciudades durante el auge de la goma que duró casi cien años. En 1839 se conoce el proceso de la vulcanización. Charles Goodyear, descubre el modo de hacer inalterable la goma ante los cambios de temperatura y abre la llave para que cientos de empresarios fijen su interés en los siringales del Oriente boliviano. Comienza la proliferación de barracas (centros donde se organizaba la extracción de látex) y en algunas un reclutamiento obligatorio de los nativos de la zona para trabajar como siringueros.

Puerto Bahía se ve entonces convertido en una ciudad cosmopolita con la llegada de alemanes, franceses e ingleses. Actualmente muchos de los apellidos de los ciudadanos en Cobija, son extranjeros.

Nicolás Suárez, (el llamado "Patiño" de la goma) dejó un importante patrimonio para la zona construyendo escuelas, teatros y hospitales. Suárez estuvo al frente del grupo de soldados-siringueros de la columna Porvenir que pudieron recuperar, con increíble heroísmo, algo del territorio que habían invadido los brasileros, (justamente Cobija), durante la "Batalla de Bahía" el 11 de octubre de 1902. Sin embargo, la Guerra del Acre se llevó 251.000 Km<sup>2</sup> de territorio por el "Tratado de Petrópolis", suscrito en 1903; la "donación" de 188.700 Km<sup>2</sup> del Acre y la pérdida de todo el Purús, territorio concedido al Perú, mediante un laudo arbitral emitido por Argentina.

En 1876 los ingleses trasladaron a Malasia varios plantines del árbol de caucho. La espera de 25 años hasta ver los resultados bien valió la pena. Con la irrupción de los comerciantes ingleses, bajaron los precios de la goma para rematarla con la invención del caucho sintético en 1930.

Cuando se terminó el auge de la goma, Cobija sufrió una especie de éxodo. Durante varios años había sido una agitada metrópolis y de pronto veía cómo sus habitantes migraban ya sea hacia el Brasil, hacia sus países de origen o hacia las ciudades principales del país.

Hoy Cobija vuelve a resurgir con sus propios medios, diciendo al país que está presente para el engrandecimiento de Bolivia.

### **Hospital Boliviano Japonés Roberto Galindo Terán**

El Hospital Boliviano Japonés Roberto Galindo Terán está ubicado en la ciudad de Cobija – Pando – Bolivia es un hospital público de según nivel de atención.

Actualmente cuenta con las áreas de:

- Hospitalización
  - Pediatría
  - Cirugía general
  - Ginecología
  - Obstetricia
  - Medicina interna
  - UTI
- Consulta externa
  - Pediatría
  - Cirugía general
  - Traumatología
  - Ginecología
  - Obstetricia
  - Medicina interna
  - Rehabilitación
  - Epidemiología
  - Cardiología
  - Laboratorio clínico
  - Gabinete de radiología
  - Ecografía
  - Emergencia
  - Cirugía menor
  - Obstetricia

- Observación de cirugía y medicina interna
- Observación de obstetricia
- Quirófanos y post operatorio

## **2.8 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LOS CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR**

Los pacientes son individuos humanos, no simplemente cuerpos con interesantes procesos patógenos. Cada uno tiene conocimientos, conjunto de valores, capacidades, intereses y experiencias propias distintivos. Tienen identidad como individuo y un papel en una familia y en una comunidad, todos los cuales mantienen también cuando asumen el papel de paciente.

Las emociones del paciente pueden ser expresadas verbalmente o ser comunicadas por manifestaciones como aspecto trastornado, expresiones faciales, incapacidad para expresarse, depresión, hostilidad, falta de cooperación o dependencia excesiva.

La práctica de la enfermería requiere mucho más que competencia técnica y más que las destrezas y técnicas manuales necesarias para prestar comodidad física y aplicar los tratamientos prescritos.

Estas últimas destrezas, aunque no menos importantes, solo son una parte de la asistencia total de la enfermería y puede que no sean tan eficaces si se ignoran las necesidades psicológicas y sociales del paciente.

El servicio que se espera de todo el personal de enfermería es uno que tiene como objetivo el paciente, enfermería general – el proceso que trata de reconocer y satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente sobre una base individual.

La relación de la enfermera(o) con el paciente es de gran importancia en todas las fases. La relación que se establece condiciona todo lo que hace la(o)

enfermera(o) como o para el paciente, y puede afectar profundamente a la calidad y la eficacia de su cuidado.

La aceptación mutua es básica para lograr una relación satisfactoria. Cuando la(o) enfermera(o) infunde en el paciente de que se preocupa por él y por lo que experimenta, este la acepta y adquiere confianza en ella, un sincero interés y disposición por ayudar al paciente puede demostrarse por cosas como consideración, previsión de sus necesidades, una actitud paciente, amable y desprovista de juicios; y una disposición a escuchar al paciente y responder a sus preguntas.

Las impresiones y reacciones del paciente pueden ser influidas por la forma en que el enfermero(a) habla, escuchar y actúa.

El paciente y su familia que adquieren confianza en las personas responsables de la asistencia al paciente hablarán con mayor libertad de sus sentimientos y problemas.

La enfermería general centrada en el paciente supone cinco pasos lógicos: estimación de las necesidades del paciente y su familia, establecimiento de prioridades y planeación de forma más efectiva de satisfacer dichas necesidades, aplicación, registro y evaluación.

Cada paso es parte de un proceso continuo. La aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las(os) enfermeras(os) prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

Valoración: es la primera fase del proceso de Enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico de Enfermería. Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de Enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

En el cuidado de enfermería se debe tener en cuenta los factores que ejercen influencia y se articulan entre sí y donde cada uno requiere acciones particulares, para lograr un diagnóstico de la situación y el desarrollo del problema.

¿Cómo llega la víctima a la consulta? A veces sola, temerosa, angustiada y en ocasiones acompañada por los familiares, la policía o el agresor.

La víctima consulta por lo general por otros problemas con gran contenido emocional: depresión, angustia, aislamiento, tensión y bajo autoestima. La mayoría de las veces oculta su realidad comentando alteraciones funcionales: digestivas, respiratorias o cardíacas, generalmente sin connotaciones somáticas. Al tener continuidad, su problema presenta alteraciones más importantes como ser ansiedad marcada, temores sin causa aparente, inseguridad, apatía, entre otros, que constituyen manifestaciones, de algo silenciado, oculto, con encubrimiento del agresor. Posteriormente, si las acciones del equipo de salud son efectivas realizadas con el fin de contener aparece relato del abuso o maltrato, con sensaciones de culpabilidad y dependencia del agresor.

En otros casos las víctimas llegan, con un expediente enviado por el juez, previa denuncia de tal manera que la justicia se define en el problema.

Detectar maltrato no es fácil para el personal de salud, ya que no es posible al inicio lograr una entrevista fluida con la víctima, se requiere habilidad, interés y capacidad en el profesional para provocar en la mujer sensación de confianza. Ante la necesidad de instrumentar soluciones al problema de la violencia intrafamiliar, debe involucrarse en su totalidad el personal de salud del hospital.

Es dificultoso realizar una atención integral hacia las personas víctima de violencia, por la multicausalidad de sus orígenes. Por esta razón existen consideraciones, que es necesario observar:

- La enfermera(o), debe reconocer, ante cuestiones de riesgo, donde la cultura impone modelos y patrones de conducta, acciones a seguir y decisiones a tomar, éstas deben ser relevantes y eficaces a fin de evitar vulnerabilidades y baja autoestima en la víctima.

- El cuidado debe ser integral, sin que se evidencien desigualdades entre hombres y mujeres, poniendo en claro y con énfasis, la noción de identidad. Lo femenino y lo masculino se conforman a partir de una relación mutua, cultural e histórica. El género es una categoría transdisciplinaria, que desarrolla un enfoque globalizador y se remite a los rasgos y funciones psicológicas y socioculturales, que se le atribuye a cada uno de los sexos, en todo momento histórico y sociedad. Son sistemas de poder, con un discurso hegemónico, autoritario y conservador, que pueden desencadenar conflictos sociales. La problematización de las relaciones de género, permitió fraccionar la idea del carácter natural de las mismas e implicó reconocer las relaciones de poder, que atraviesan todo el entramado social.

En estos casos tan particulares de violencia intrafamiliar, se puede apreciar, que a lo largo de todo este proceso, el cuidado que del personal de enfermería haga aporta una contribución muy importante a esta problemática. Numerosos modelos y teorías de cuidados, vigentes en enfermería desde Florence Nightingale, de principios del siglo XX y hasta las más contemporáneas, marcaron momentos históricos en el desarrollo del conocimiento y cuidado de

enfermería, abarcando diversas orientaciones filosóficas, desde las más radicalizadas en aspectos biológico, somático, hasta las de un claro enfoque socio-cultural del cuidado. Se aprecia de esta manera como la conceptualización de enfermería evoluciona hacia la construcción de una disciplina científica mucho más posicionada en las ciencias sociales, que ve a la persona inmersa en un contexto socio-cultural e histórico que la determina y con el cual interacciona.

Se acepta que enfermería es una disciplina y como tal se rige por postulados y paradigmas que la definen claramente y la colocan dentro de un contenido científico más humanista, dentro de un contexto más universal y en relación con otras ciencias del hombre.

De acuerdo al cuidado necesario al complejo problema de la violencia intrafamiliar, se intentará reconocer lineamientos teóricos que se constituyeron en conceptos rectores, que ayudan no sólo a comprender la situación problema, sino encontrar en ellos los fundamentos de las acciones que la enfermera(o) debe poner en práctica en estas circunstancias, ya que la violencia, se ha transformado en un grave problema, universal, que compromete la salud pública, en su totalidad.

Un adecuado cuidado para las víctimas de violencia intrafamiliar, presume contar con un protocolo de atención y cuidados de enfermería, que oriente las acciones a llevar a cabo ante la presencia de la víctima a tal efecto.

### **2.8.1 Intervención en una mujer sin riesgo de violencia doméstica**

Requiere una intervención mínima: Investigar, identificar indicadores y registro.

### **2.8.2 Intervención en una mujer con sospecha de violencia doméstica**

La paciente no confirma la situación. Informar. Tratar los problemas físicos. Tratar los problemas psíquicos. Intervenir sobre situaciones de riesgo. Contacto con servicios sociales. Promover la capacitación de la mujer para el reconocimiento de la situación. Registrar todo. Poner en contacto a la paciente con los servicios de salud mental.

### **2.8.3 Intervención en mujer víctima reconocida con o sin peligro extremo**

Informar a la mujer de la situación. Valorar los problemas físicos. Valorar los problemas psíquicos y sociales. Evaluación de la seguridad y actuar en consecuencia. Elaborar el parte de lesiones. Poner en contacto con los recursos existentes, interno y externo al sistema sanitario, según proceda. Realizar derivación activa, gestionando la cita al servicio al que se deriva y coordinando la actuación. Apoyo en la toma de decisiones. Si tiene hijos poner en conocimiento al pediatra. Al valorar la seguridad de la víctima se indicara si corre peligro o no.

En el caso de ser necesario su traslado entre centros asistenciales garantizando el traslado de la víctima, requiriendo en caso necesario el apoyo de las fuerzas de seguridad.

### **2.8.4 Actuación Asistencial**

En primer lugar, se debe atender el estado de salud de la mujer, tanto física como psicológica y sexual, clarificar el diagnóstico/enfermero y brindar atención adecuada.

La atención estará en función de las lesiones y síntomas presentados en caso de que no se precise ingreso en planta, se deberá evaluar la necesidad de una actuación urgente de profesionales de psicología / psiquiatría y trabajo social.

Se deberá indagar acerca de la existencia de menores o personas que puedan estar padeciendo violencia, por si hubiera que tomar medidas inmediatas.

### **2.8.5 Valoración de la seguridad**

Siempre que se atiende un caso de violencia intrafamiliar es necesario realizar una valoración de la seguridad y el riesgo en que se encuentra la mujer. Se le informará de los recursos existentes y de la necesidad de elaborar su plan de seguridad y de conocer el escenario de protección.

### **2.8.6 Información y derivación**

Una vez proporcionada la atención y cuidados asistenciales, se realizarán las actuaciones de información y derivación oportunas en función del caso. Se debe garantizar la seguridad de la mujer en el hospital, en los traslados que necesite a comisarías, centros de acogida inmediata.

### **2.8.7 Actuación legal**

Existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones ante la constatación de malos tratos, obligación que se cumple mediante la notificación al juzgado del parte de lesiones e informe médico que le acompaña, informando previamente a la mujer afectada de la remisión del mismo y registrándolo en la historia clínica.

### **2.8.8 Valoración de la mujer en situación de violencia intrafamiliar**

Corresponde a enfermería en la primera etapa del PAE, la observación directa de lesiones, en el cuerpo, cuero cabelludo, rostro, etc. que evidencia una manifestación de violencia de intrafamiliar. Se tratará de contener y lograr una entrevista fluida, con la víctima de violencia familiar que se da en cualquier edad, raza y estado civil, económico y social.

Es frecuente, entre el 30 y 50% que la violencia, sea doméstica y se produzca en los domicilios, y en general sin personas a la vista, razón por la cual es imprescindible dialogar en forma afectuosa con la víctima, ya que, con frecuencia por miedo o vergüenza, la víctima calla. Es conveniente interiorizar a la víctima de las posibilidades de denuncias a fin de proteger a su familia.

El servicio de enfermería debe solicitar, ante la gravedad de la violencia, la cooperación del equipo de salud de la institución a fin de determinar las normas a seguir. Las ropas y enseres de la paciente deben ser manipuladas con sumo cuidado ya que pueden presentar pruebas que determinara el departamento médico- forense.

### **2.8.9 Tratamiento de las lesiones y trastornos**

Pueden ser físicos, psicológicos y sexuales:

Traumatismos físicos: tratar las heridas y efectuar prevención de infección de las mismas y si se precisa hacer profilaxis del tétanos.

Traumatismos psicológicos: se debe aconsejar a la paciente que consulte al psicólogo o psiquiatra, por sus sentimientos de ansiedad, culpa, humillación y vergüenza que requieren ayuda inmediata.

Traumatismo de la agresión sexual: las víctimas jóvenes, que han sido objeto de violencia sexual deben ser contenidas, porque a veces no aceptan, que, lo sucedido con ellas se constituye en una agresión severa que requiere ayuda y contención por enfermedades de transmisión sexual que pueden detectarse.

### **2.8.10 Valoración de la seguridad de la mujer y sus hijos**

La entrevista de enfermería con la mujer víctima de la violencia intrafamiliar, y amenazas, frente a sus hijos, representa un peligro para su integridad física y la de los familiares, por lo tanto es necesario abordar, orientar, contener e informar

a la paciente sobre oportunidades (denuncias judiciales, policiales) que le proporcionaría el conocimiento de actitudes a seguir, ante reiteradas situaciones de amenaza o acoso, repetición del ciclo de violencia, agresiones sexuales repetidas, malos tratos a hijos u otros miembros de la familia.

### **2.8.11 Recursos para la atención a víctimas de violencia intrafamiliar**

Durante el proceso de atención a la mujer víctima de violencia intrafamiliar, hay que informarla de los recursos existentes, también informarla sobre los planes de seguridad y escenarios de protección.

La medida de seguridad debe incluir: número de teléfonos importantes y de lugares donde pueda quedarse para la protección de la víctima y sus hijos, evitando comunicación con el agresor, y estar sola en el domicilio y solicitar ayuda a emergencias policiales, en riesgo y sanitarias.

### **2.8.12 Recursos generales de atención a la mujer**

La equipe de enfermería, cuya atención por lo general es permanente, frente al paciente, tiene en ocasiones, más posibilidades de interiorizarse del problema de la víctima de violencia intrafamiliar y su percepción por el hecho de ser casi siempre una mujer, es sumamente importante para lograr un acercamiento con la paciente que hace posible que la misma, pueda exteriorizar sus miedos y emociones.

## **2.9 HABILIDADES Y RECURSOS**

La relación enfermero(a)-paciente es uno de los principales objetivos o instrumentos para la ayuda en el contexto de violencia intrafamiliar. El personal de enfermería establece conscientemente una conexión con el paciente para ayudarle a manejarse con sus necesidades vitales específicas.

Las habilidades esenciales que debe tener la enfermera para establecer una relación de ayuda fructífera son las siguientes:

- Aceptación: aceptar al paciente tal y como es y con su problemática.
- Conocimiento: acerca de los aspectos legales y sus procedimientos.
- Conexión: interés activo por su bienestar.
- Autenticidad: implica honestidad y estar activamente involucrado en su bienestar.
- Empleo terapéutico de sí mismo: es la manera de interactuar, atender y animar a los demás. Para esto son importantes dos ideas básicas: a) sentirse bien con uno mismo, b) esforzarse por entender cómo afectan a otras personas nuestros actos, gestos y expresiones.

## **CAPÍTULO III**

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1 TIPOS DE ESTUDIO**

-*cuantitativo*: ya que todos los datos son cuantificables.

-*Observacional*: No se tratará de manipular las variables y los fenómenos, sino que se los observará tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

- *Descriptivo*: pretende describir los cuidados de enfermería, que intervienen en el cuidado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

- *Transversal*: Será estudiada en una sola oportunidad, sobre hechos que ocurren en un lugar y momento determinado, haciendo un corte en el tiempo, durante 2013.

- *Procesamiento de la información*: Gráficos de barra, estas nos permiten analizar las variables en forma individual y compararlas entre sí.

## **3.2 UNIVERSO E MUESTRA**

Universo: Son 7 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo y análisis de 47 historias clínicas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ingresadas en el Hospital Roberto Galindo entre enero a junio del 2013.

Muestra: Se tomó como muestra la totalidad del universo por considerarse manejable para el trabajo de esta investigación.

### **3.2.1 Recolección de la información**

Encuesta realizada a 7 profesionales de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo y análisis de 47 historias clínicas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ingresadas en el Hospital Roberto Galindo entre enero a junio del 2013.

## **3.3 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

Delimitación Espacial: La investigación se realizó en el Hospital Roberto Galindo Terán, de la ciudad de Cobija, Departamento de Pando.

Delimitación Temporal: El tiempo de ejecución corresponde a enero hasta junio del año de 2013.

Delimitación de las unidades de observación: Delimitar ciertas manifestaciones teóricas y prácticas es indispensable en esta investigación, para lo cual se consideraron las siguientes unidades de observación:

- Mujeres víctimas de violencia que ingresaran al hospital de enero hasta junio del año 2013.

- Personal de enfermería del servicio de emergencia

### **3.4 PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

Técnicas: La técnica empleada fue la encuesta a los profesionales enfermeros(as) que trabajan en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo y análisis de las historias clínicas de las mujeres ingresadas víctimas de violencia intrafamiliar en el período de enero a junio del 2013.

Para el análisis de datos se utilizaron a través de todo el análisis de estadísticas como promedio, frecuencias y porcentajes a través del programa de Excel. Los resultados se representarán en tablas y gráficas.

Tabulación de los datos: Para el plan de recolección de datos se solicitará autorización por nota a la jefatura de enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital Roberto Galindo Terán, para realizar la investigación. (Anexo 1)

El personal de enfermería será observado en el servicio, previo informado, en los turnos correspondientes.

De acuerdo al análisis que obtuvo de las tablas y gráficos expuestos se puede decir que el personal de enfermería del área de emergencia del Hospital Roberto Galindo Terán no posee los conocimientos o herramientas necesarias para la detección, cuidado y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar. Se observó que el mismo no se encuentra capacitado para valorar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad en el tema de violencia, requisitos fundamentales para que estos casos puedan ser evaluados e intervenidos por el equipo interdisciplinario correspondiente, y así realizar el diagnóstico y estrategias adecuadas, lo que fundamenta la hipótesis de este trabajo.

La falta de conocimiento de la legislación, de procedimientos legales y de protocolo de intervención de enfermería para atención a pacientes víctimas hace

que no se tenga una adecuada atención de acuerdo a normas, reglamentos y leyes emanadas por el Ministerio de Salud y Deportes.

Se nota además que, debemos ser conscientes de que la actuación del personal de enfermería puede ser de gran importancia para la prevención y solución de dichas situaciones. Debido al trabajo integral y sistematizado de los(as) enfermeros(as) que son considerados un grupo en excelente posición para la detección y ayuda de las víctimas de malos tratos. Sería pues, el puente que une con los demás eslabones, como serían el resto de profesionales que se encargan de colaborar con las afectadas (psicólogos, psiquiatras, policías, jueces, asistentes sociales,...) ya que este problema requiere una actuación multidisciplinar.

Por lo tanto al finalizar este estudio se confirma la hipótesis de que los(as) enfermeros(as) del Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija – Pando–Bolivia, no están capacitados en la problemática de violencia intrafamiliar y que aplican procedimientos e intervenciones de enfermería en forma incompleta y no sistematizada por la falta de protocolos de intervenciones de enfermería.

### **3.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Los obstáculos que se vencieron y otros que prevalecieron para realizar el trabajo de investigación fueron los siguientes: El proceso burocrático limita el tiempo de investigación para obtener información de la estructura y organización de los programas de intervención vigentes en Bolivia. Constituye una gran limitación al cuerpo de investigación científico la ausencia de literatura sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería en los casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden en el hospital.

Otra limitación fue no poder entrevistar a la víctima para confirmar la versión de los incidentes de violencia doméstica y poder evaluar con más certeza el tratamiento ofrecido por el personal de enfermería.

## CAPÍTULO IV

### 4. PROPUESTA

Científicamente, este trabajo investigativo tiene la finalidad de proponer un modelo operativo que pueda conceptualizar el fenómeno de la violencia doméstica, así como ofrecer un enfoque particular para abordar un protocolo de procedimientos e intervención de enfermería dirigido al personal de enfermería del servicio de emergencia en atención a pacientes con violencia intrafamiliar, que acuden al Hospital Roberto Galindo para poder brindar mayor atención y cuidado a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

Después de realizar el trabajo investigativo dirigido a los profesionales de enfermería y focalizada en mujeres ingresadas al servicio de emergencia del hospital con violencia intrafamiliar, quienes deben estar preparadas para enfrentar con eficiencia y eficacia su profesionalismo creemos conveniente presentar la siguiente propuesta para ser seguida por tiempo indeterminado **"Protocolo de Procedimientos e Intervención dirigida al personal de enfermería en atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo"**

Es imprescindible establecer la relación de la enfermera con el paciente que es de gran importancia en todas las fases de enfermería. La relación que se establece condiciona todo lo que hace el enfermero(a) como o para el paciente, y puede afectar profundamente a la calidad y la eficacia de su cuidado.

Por lo tanto, la propuesta es practicable porque pretende cambiar viejos paradigmas y proponer a nuevos cambios estructurales en la mentalidad de los profesionales de enfermería.

El objetivo es proponer un Protocolo de Procedimientos e Intervención dirigido al personal de enfermería en atención a mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar, que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, para

fortalecer los conocimientos del personal de enfermería en la atención de la mujer víctima de violencia intrafamiliar.

Para que pueda brindar una atención integral y sistematizada al personal de enfermería al igual que el personal médico deben contar con instrumentos principales como es el protocolo de procedimientos e intervención y de esta forma el personal de enfermería cumple con los cinco pasos lógicos que son:

1. Estimación de las necesidades del paciente y su familia
2. Establecimiento de prioridades y planeación de forma más efectiva de satisfacer dichas necesidades
3. Aplicación
4. Registro
5. Evaluación

#### **4.1 MODELO MULTIDIMENSIONAL**

Se ha establecido que un modelo es una forma de organizar sistemáticamente las ideas y proposiciones respecto a un fenómeno. El modelo es multidimensional porque la violencia doméstica tiene una estructura, cumple una función o funciones y se ejecuta a través de procesos exclusivos. Estructuralmente componen el fenómeno la víctima y el cuidado de enfermería. Debido a la complejidad del fenómeno de la violencia doméstica se requieren recursos humanos especializados como médicos, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros, policías, entre otros. El Protocolo de Procedimientos e Intervención dirigido al personal de enfermería en atención a mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar que acuden al Hospital Roberto Galindo, tiene como propósito mejorar la calidad de vida de la mujer víctima de violencia intrafamiliar.

## **4.2 PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA**

La propuesta se fundamenta en los instrumentos internacionales como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Las decisiones tomadas en esta Convención, son tendentes a eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres, que atenten contra los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera económica, política, cultural y civil o en cualquier otra esfera; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará). Esta convención constituye una positiva contribución para proteger los derechos de la mujer y eliminar las situaciones de violencia que puedan afectarla.

La modalidad de intervención en el Protocolo de Procedimientos de Enfermería incluye una mejor técnica de cuidado de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden en el hospital, pues la atención de enfermería puede ser el principio del fin, la única oportunidad de vencer el ciclo de la violencia antes de que la mujer pueda sufrir lesiones aún más graves, iniciándose este proceso de recuperación una vez que la/el profesional empieza a indagar y preguntar por la situación de violencia (Flitcraft et al, 1992). La oportunidad que se le ofrece a la mujer en el marco de la consulta para hablar, en un trato de respeto y de confianza, es en sí misma un acto terapéutico de la/el profesional.

La manera más eficaz de identificar la violencia de pareja es pensar en ella y buscar elementos que nos permitan detectarla tanto a través de la entrevista como de la exploración física (la actitud de la víctima, la de su compañero, alguno de los signos y/o síntomas que se describen en este documento, etc.). La exploración rutinaria y sistemática de todas las pacientes, preguntándoles por las relaciones con su pareja, con las hijas e hijos y con sus progenitores, realizando preguntas específicas y directas acerca del maltrato contribuye a detectar los casos de violencia que de otro modo pasarían desapercibidos.

### **4.2.1 Duración**

El Proyecto tiene una duración de 02 (dos) meses con la siguiente programación:

Primer mes:

a.1. Colecta de informaciones y datos

b. Segundo mes

b.1 Proponer un protocolo de procedimientos e intervención de enfermería en los casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que obedece a la búsqueda de estrategias que permitan fortalecer el cumplimiento de la Ley n. ° 348, de 09 de marzo de 2013.

## **4.3 PLAN DE TRABAJO**

### **4.3.1 Metas**

Proponer un Protocolo de Procedimientos eh Intervención dirigido al personal de enfermería que atienden las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

### **4.3.2 Objetivos**

#### **A. General**

A.1 Proponer un Protocolo de Procedimientos e Intervención para la atención de enfermería de la mujer víctima de violencia intrafamiliar que acuden en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

#### **B. Específicos**

B.1 Elaborar el Protocolo de Procedimientos e Intervención para la atención de enfermería a las mujeres víctimas de violencia que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

B.2 Validar el protocolo de procedimientos e intervención por la Jefatura de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo.

### **4.3.3 Actividades**

Para el logro de la meta y objetivos nos proponemos:

1. Solicitar los permisos pertinentes para coleccionar los datos
2. Revisar normas y procedimientos para la atención y cuidados a mujeres que sufren violencia intrafamiliar.
3. Elaborar en borrador el protocolo de procedimientos e intervención de atención y cuidado de enfermería para que sea seguido por el personal de enfermería del área de emergencia que trabaja en el Hospital Roberto Galindo y que atienda las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.
4. Validar el protocolo de procedimientos de atención de enfermería a mujeres víctimas de violencia.

## **4.4 EVALUACIÓN**

El proceso evaluativo pretendía impactar al personal de enfermería sobre la gravedad del tema violencia intrafamiliar contra la mujer. Se espera que el Protocolo sugerido sea puesto en práctica por el personal de enfermería que acuden las mujeres víctimas de violencia.

# **CAPÍTULO V**

## **5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **5.1 TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

#### **5.1.1. Interpretación de los resultados de la aplicación de la encuesta al**

## Personal de Enfermería hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija

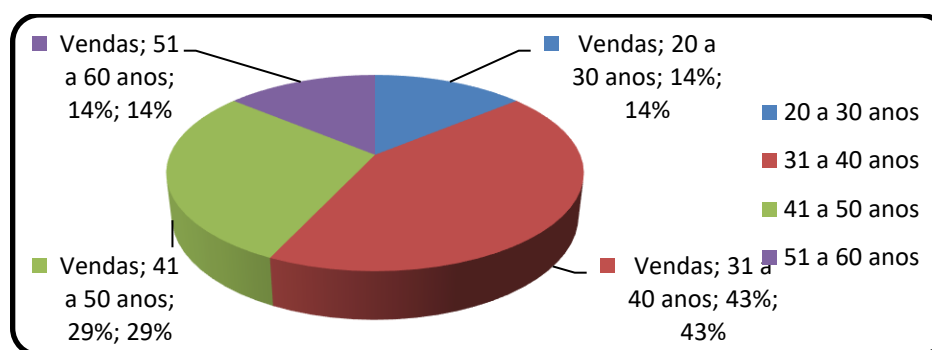
### CUADRO N° 1

Porcentaje de distribución del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo de la ciudad de Cobija según su edad, encuestados en la gestión 2014

Categoría	N.º	Porcentaje
20 a 30 años	1	14 %
31 a 40 años	3	43 %
41 a 50 años	2	29 %
51 a 60 años	1	14 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 1



**Análisis:** El 43% del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia hospital Roberto Galindo tiene de 31 a 40 años de edad, por lo que tiene cierta resistencia en la capacitación.

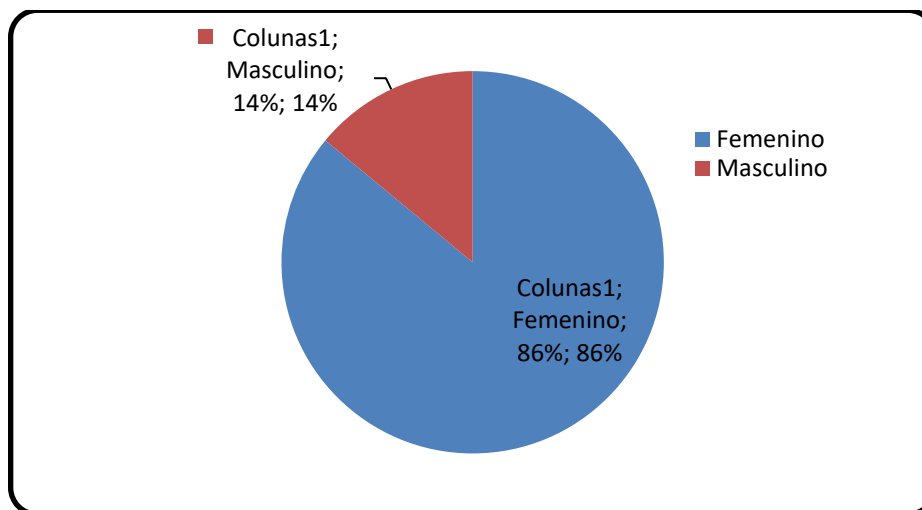
## CUADRO N° 2

**Porcentaje del personal de enfermería según sexo que trabaja en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, encuestados en la gestión 2014.**

Categoría	N.º	Porcentaje
Femenino	6	86 %
Masculino	1	14 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

## GRÁFICO N° 2



**Análisis:** El 86 % del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo pertenece al sexo femenino, el cual carga según nuestro marco con las obligaciones naturales.

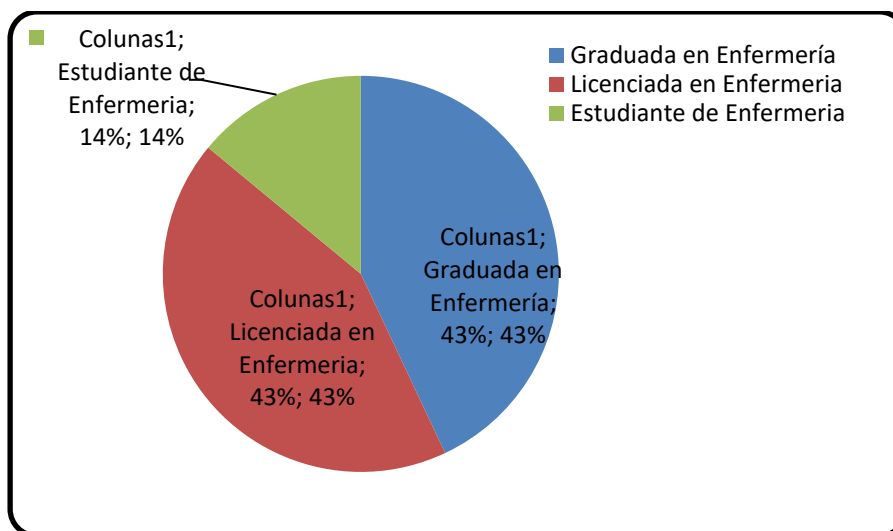
### CUADRO N° 3

**Porcentaje de nivel de formación de los Enfermeros del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, encuestados en la gestión 2014**

Categoría	Nº	Porcentaje
Graduada en Enfermería	3	43 %
Licenciada en Enfermería	3	43 %
Estudiante de Enfermería	1	14 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 3



**Análisis:** El 43 % del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo son profesionales graduadas y licenciadas en enfermería o que de fato deberían tener más conocimientos de cómo actuar en los casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar para

poder aconsejar y orientar una vez que el hospital no cuenta con servicio de consejería.

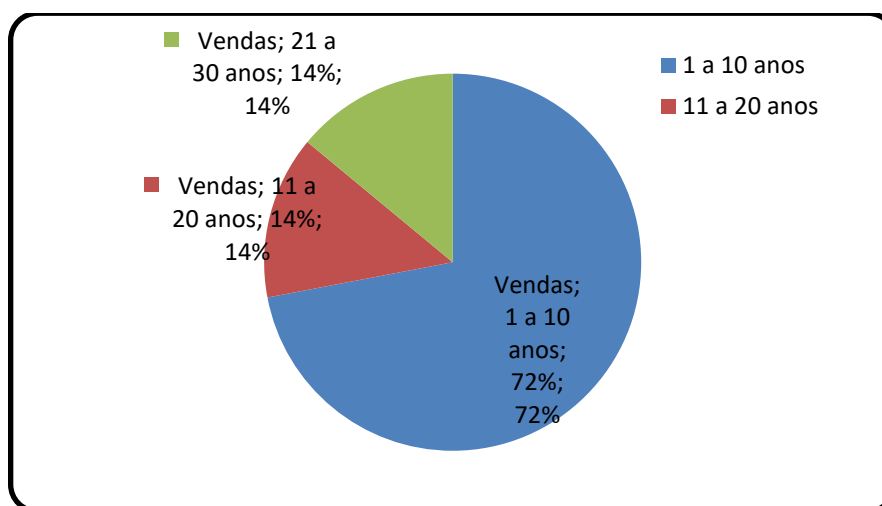
#### CUADRO N° 4

#### Porcentaje de enfermeros(as) por antigüedad del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, encuestados en la gestión 2014

CATEGORÍA	N.º	Porcentaje
1 a 10 años	5	72 %
11 a 20 años	1	14 %
21 a 30 años	1	14 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

#### GRÁFICO N° 4



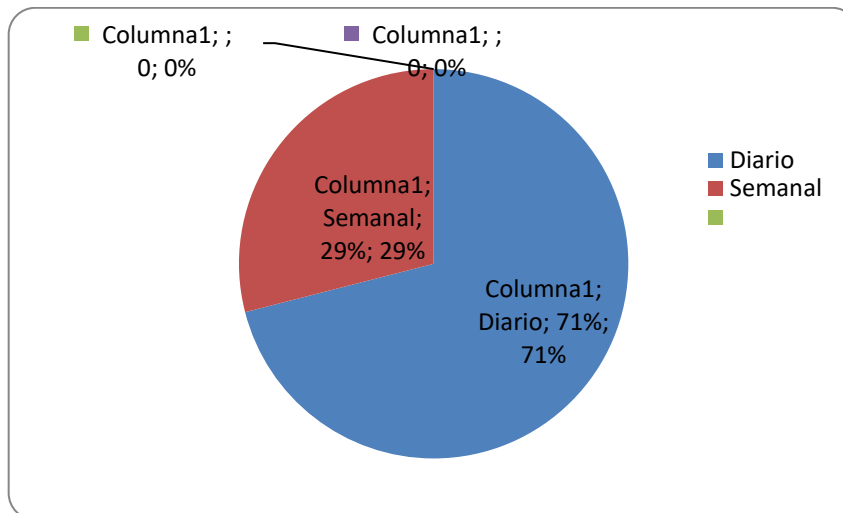
**Análisis:** El 72 % del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo tiene de 1 a 10 años de experiencia profesional.

**CUADRO N° 5**  
**Porcentaje de frecuencia de ingreso de mujeres víctimas de violencia**  
**intrafamiliar al servicio de emergencia del hospital, encuestados en la**  
**gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Diario	5	71 %
Semanal	2	29 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

**GRÁFICO N° 5**



**Análisis:** El 71% del personal de enfermería dice que ingresan diariamente mujeres con violencia intrafamiliar al servicio de emergencia hospital.

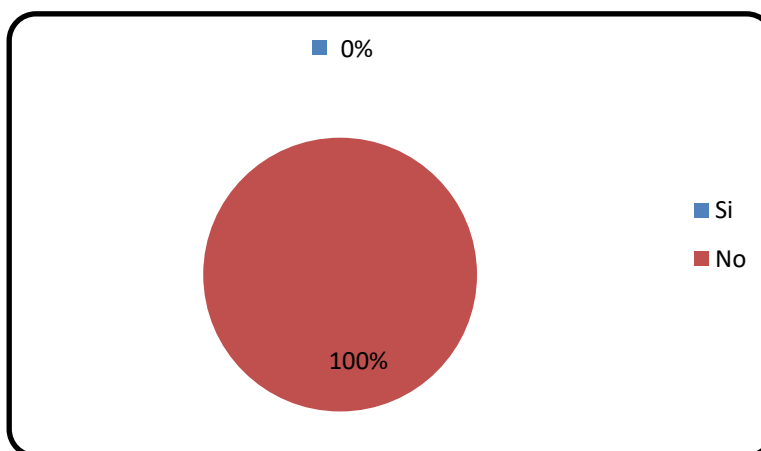
### CUADRO N° 6

**Porcentaje del personal de enfermería del servicio de emergencia que manifiesta sobre la existencia de un manual de normas de atención a la violencia intrafamiliar y salud mental, encuestados en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Si	0	0 %
No	7	100 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 6



**Análisis:** El 100% del personal de enfermería manifiesta que no existen en el servicio de emergencia del hospital un manual de normas de atención a la violencia intrafamiliar y salud mental.

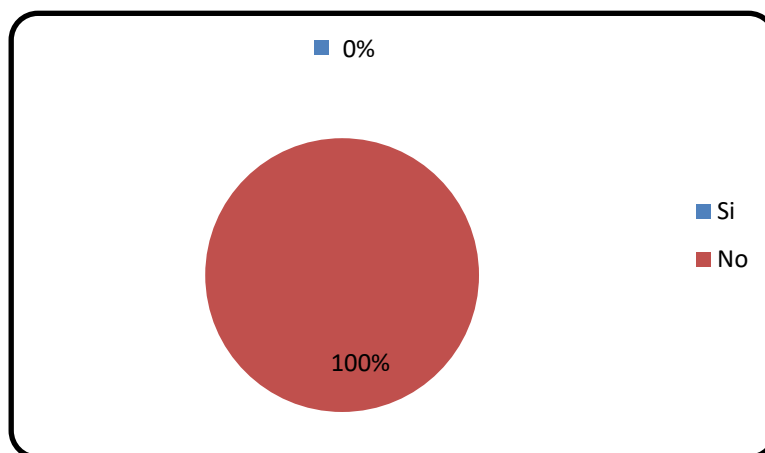
### CUADRO N°7

**Porcentaje del personal de enfermería del servicio de emergencia del hospital que manifiesta sobre la existencia de un protocolo de atención de enfermería para atender a las mujeres con violencia intrafamiliar, encuestados en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Si	0	0 %
No	7	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 7



**Análisis:** El 100% del personal de enfermería manifiesta que no existen protocolos escritos de atención de enfermería para mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, creo que sea por el motivo de haber cambiado recientemente la Ley de Violencia contra la mujer y el mismo encontrarse desactualizado.

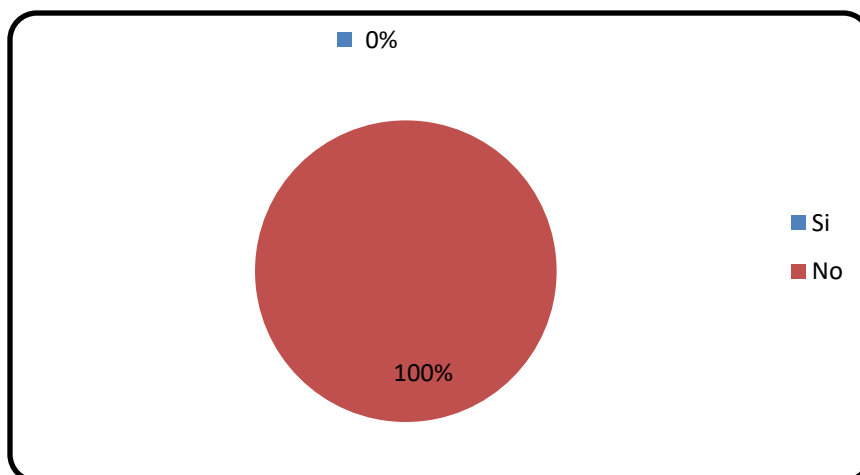
### CUADRO N° 8

**Porcentaje del personal de enfermería del servicio de emergencia que realiza valoración psicológica en las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Hospital Roberto Galindo, encuestados en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Si	0	0 %
No	7	100%

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 8



**Análisis:** El 100% del personal de enfermería manifiesta que no se realiza valoración psicológica a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo, debido no existir lugar adecuado, personal capacitado e recursos financieros para lo realizar.

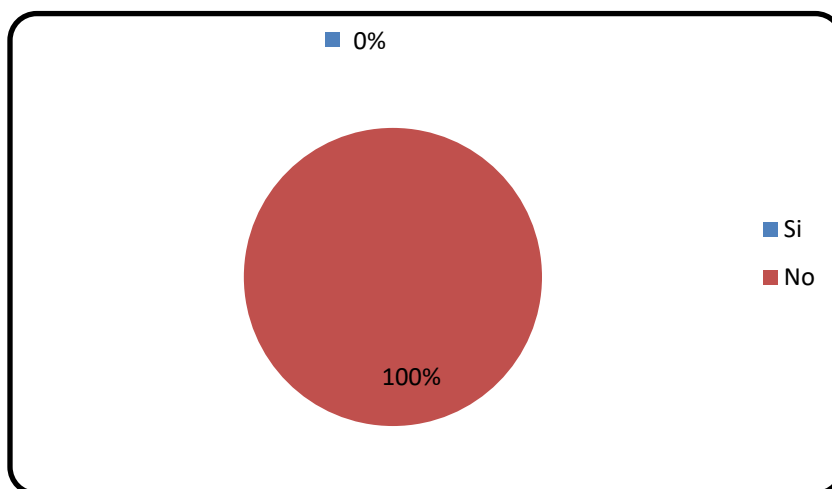
### CUADRO N° 9

**Porcentaje del personal de enfermería del servicio de emergencia que brinda consejería a las mujeres víctimas violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia de Hospital Roberto Galindo, encuestados en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Si	0	0 %
No	7	100 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

### GRÁFICO N° 9



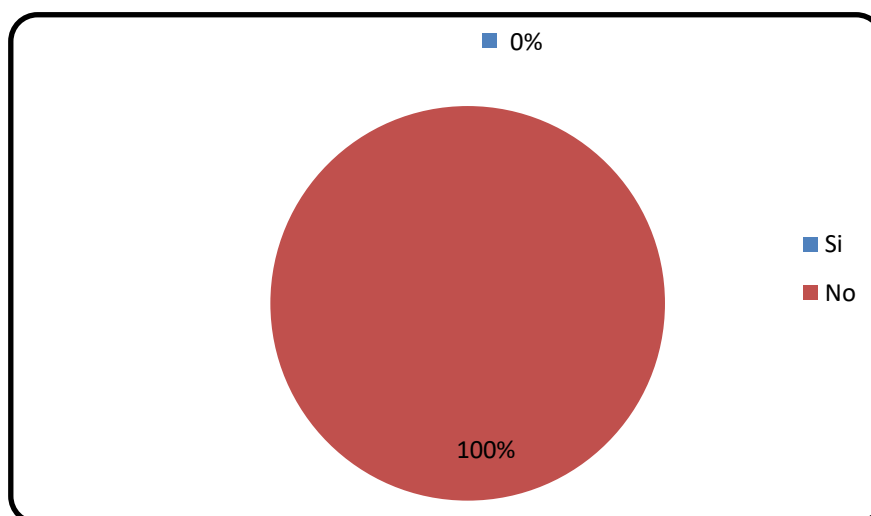
**Análisis:** El 100% del personal de enfermería manifiesta que no se brinda consejería por parte del personal de enfermería a las mujeres víctimas violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo, debido no haber recursos financieros e humano para lo realizar.

**CUADRO N° 10**  
**Porcentaje del personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo que recibió capacitación de violencia intrafamiliar durante el último año encuestados en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Si	0	0 %
No	7	100 %

**Fuente:** Datos obtenidos mediante encuesta realizada al personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo

**GRÁFICO N° 10**



**Análisis:** El 100% del personal de enfermería manifiesta que no ha recibido capacitación sobre atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y salud mental, por falta de apoyo de los gobernantes y de la propia institución, más están dispuestas a capacitarse reconociendo así que no poseen los conocimientos sobre la temática.

**5.1.2. Interpretación de los resultados obtenidos a través de las historias clínicas médicos de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ingresadas al hospital Roberto Galindo Terán de enero hasta junio del 2013.**

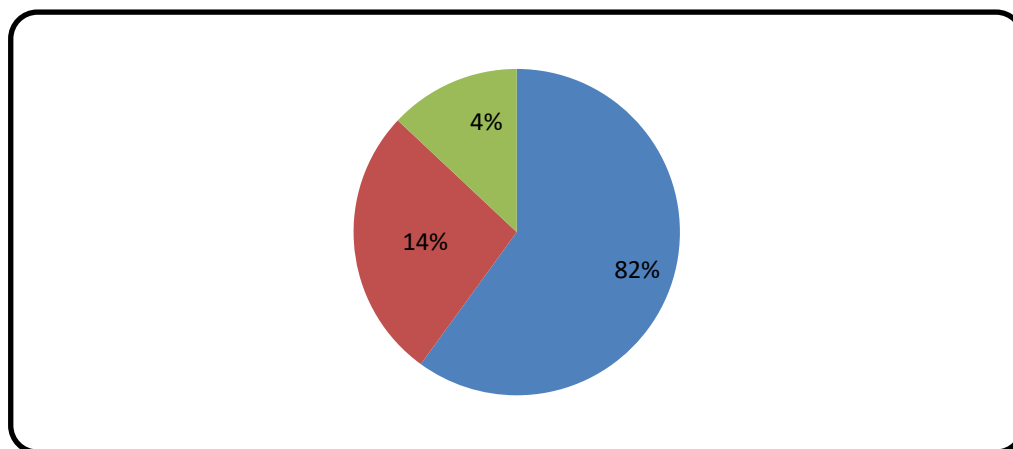
### CUADRO N° 1

**Porcentaje por edad de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acudieron en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, historias clínicas analizadas en la gestión 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
DE 1 a 9 años	1	4 %
DE 10 a 20 años	7	14 %
De 21 a 59 años	39	82 %

**Fuente:** Datos obtenidos de las historias clínicas de las mujeres ingresadas en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo de enero a junio de 2013

### GRÁFICO N° 1



**Análisis:** El 82% de las mujeres ingresadas víctimas de violencia intrafamiliar corresponde al grupo de edad de 21 a 59 años la más agredida.

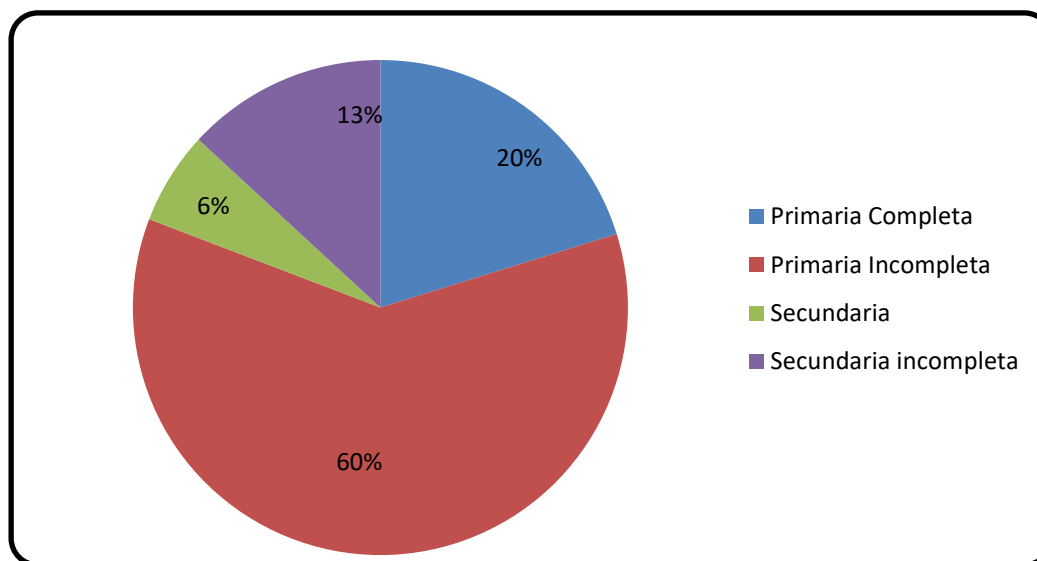
## CUADRO N° 2

**Porcentaje por años de estudios de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acudieron en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, historias clínicas analizadas en enero 2014**

Categoría	#	Porcentaje
Primaria Completa	3	20
Primaria Incompleta	9	60
Secundaria	1	6
Secundaria incompleta	2	13

**Fuente:** Datos obtenidos de las historias clínicas de las mujeres ingresadas en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo de enero a junio de 2013

## GRÁFICO N°.2



**Análisis:** El 60% de las mujeres ingresadas víctimas de violencia intrafamiliar tienen instrucción de primaria incompleta.

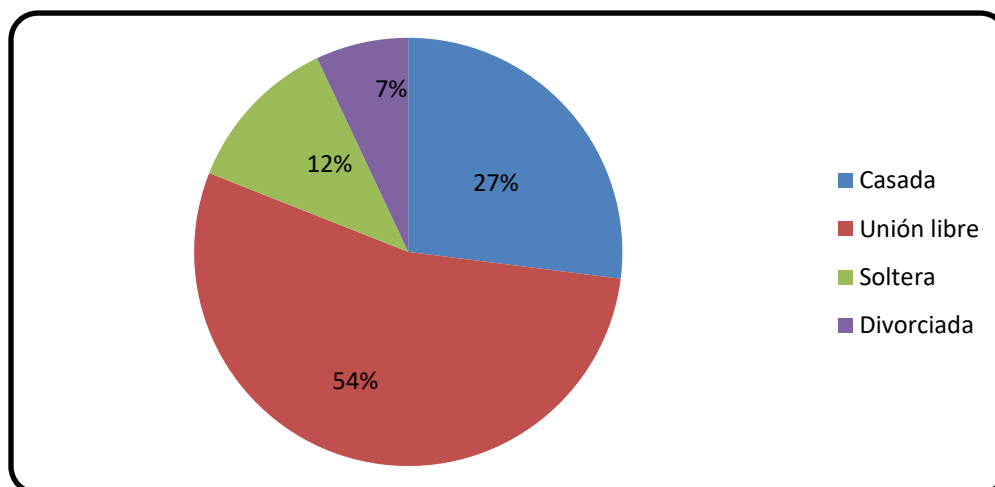
### CUADRO N° 3

**Porcentaje del estado civil de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acudieron en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo, historias clínicas analizadas en enero 2014**

Categoría	N.º	Porcentaje
Casada	4	27 %
Unión libre	8	53 %
Soltera	2	12 %
Divorciada	1	7 %

**Fuente:** Datos obtenidos de las historias clínicas de las mujeres ingresadas en el servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo de enero a junio de 2013

### CUADRO N° 3



**Análisis:** El 54% de las mujeres ingresadas víctimas de violencia intrafamiliar su estado civil corresponde a unión libre.

## 5.2 COMPROBACIÓN Y DISCUSIÓN DE HIPÓTESIS

La comprobación y discusión de los resultados se enfocó en criterio de inclusión de las mujeres ingresadas con violencias intrafamiliar y por el personal de enfermería del hospital.

Por ser el universo pequeño se tomará la misma muestra, es decir, personal de enfermería 7 y 47 mujeres ingresadas en el Hospital Roberto Galindo víctimas de violencia intrafamiliar entre enero y junio del 2013. Se tomó en cuenta 7 profesionales de enfermería por el fato de 2 enfermeros(as) licenciados(as) se encontraren de vacaciones, 1 de folga e 2 de baja médica. En análisis a las encuestas aplicadas si concluye en las respuestas se concluye que la edad media del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia del hospital Roberto Galindo es el 43% tiene de 31 a 40 años de edad, siendo que, el 86 % pertenece al sexo femenino, el 43% de los profesionales del personal que trabaja en el servicio de emergencia son profesionales graduadas y licenciadas en enfermería y la mayoría del personal de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia tiene de 1 a 10 años de experiencia profesional o que corresponde al 72 %, la frecuencia que ingresan mujeres víctimas de violencia intrafamiliar al hospital fue 75% el diario e 29% semanal. Preguntado se existe en el hospital el manual de normas de atención a la violencia intrafamiliar y salud mental el 100% dice no haber. Si existe en el hospital un protocolo de atención de enfermería para atender a las mujeres con violencia intrafamiliar el 100% dice no haber. Cuanto la valoración psicológica por el personal de enfermería a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar el 100% dice que no lo realiza. Se brinda consejería por parte del personal de enfermería a las mujeres con violencia intrafamiliar el 100% dice que no. Si han recibido capacitación sobre atención a pacientes con violencia intrafamiliar y salud mental el 100% dice que no ha recibido capacitación.

En cuanto las historias clínicas, fueron analizadas 47 pudiendo concluirse que la edad más agredida de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar fue 1 a 4 años 4%, 10 a 20 años 14% y 21 a 59 años 82%. Hasta qué año han estudiado

primaria completa 20 %, primaria incompleta 60 %, secundaria 6 %, secundaria incompleta 13%. El estado civil fue lo siguiente casada 27%, unión libre 53%, soltera 12%, divorciada 7%.

Realizada la tabulación y analizado los resultados obtenidos a través de estadísticas se demuestra que el tema de investigación “Intervención de Enfermería en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al hospital Roberto Galindo de enero hasta junio del 2013” es muy importante considerando que el personal de enfermería es el más involucrado en la atención y recuperación de la paciente y un PROTOCOLO DE INTERVENCION DE ENFERMERIA debe realizar y modificar de forma sistematizada desde el comienzo de la relación profesional enfermero(a)-usuario.

La actitud del profesional de la salud sobre la víctima, marcará el grado de confianza de ésta en nosotros, por lo que debemos pensar que, dependiendo de la actitud del personal de enfermería se puede favorecer o no la verbalización del problema. Por lo tanto, es imprescindible transmitirle apoyo y confianza, asegurando su intimidad.

## **CAPÍTULO VI**

### **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **6.1 CONCLUSIONES**

El desarrollo de esta investigación nos ha permitido arribar a las siguientes conclusiones:

De acuerdo al análisis de las tablas y gráficos expuestos se puede decir que el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo no posee los conocimientos o herramientas necesarias para la detección, cuidado, tratamiento y seguimiento de casos de violencia intrafamiliar. Se pudo

verificar que no se encuentran capacitados para valorar factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad en el tema de violencia, y así realizar el diagnóstico y estrategias adecuadas, lo que fundamenta la hipótesis de este trabajo.

Se evidencia que la mayoría del personal de enfermería del nosocomio, no recibió capacitación, pero a su vez un 100% de los encuestados están predispuestos a recibir capacitación.

A partir de las entrevistas realizadas con el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo se reafirmó que las campañas educativas sí pueden prevenir a una población en riesgo, siempre y cuando se tengan los recursos técnicos y económicos necesarios y el apoyo del SEDES y de los medios de comunicación.

De acuerdo a la entrevista al personal de enfermería, se verifica deficiencias en la atención, siendo estas en forma superficial, parcial y rutinaria a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar por falta de conocimientos relacionado a la legislación 348, reglamentos y normativas del Ministerio de Salud y Deportes.

Para brindar una atención integral y de calidad a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el servicio de emergencias es necesario contar con instrumentos que guíen el accionar del personal de enfermería, las mismas dice que no existen en el servicio, el cual adiciona la inadecuada atención a pacientes objeto de la presente investigación.

La metodología empleada en esta investigación demostró ser acertada, viable y practicable para proponer y llevar a la práctica un modelo de protocolo de intervención de enfermería, donde incluirá los aspectos bio-psicosociales de las personas afectadas por malos tratos, así como los métodos más eficaces ante estos problemas, de esta forma intentamos contribuir a una mejor aplicación de los conocimientos de enfermería, con el fin de mejorar la calidad y el bienestar de las personas afectadas por los malos tratos y así poder normatizar las técnicas empleadas por el personal de enfermería que acuden las personas afectadas por malos tratos que se acercan al hospital.

Fue entonces, partiendo de estos resultados que se sugiere que se utilice un PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS E INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA en los casos de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que obedece a la búsqueda de estrategias que permitan fortalecer el cumplimiento de la Ley n. ° 348, de 09 de marzo de 2013, Ley Integral Para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia.

## **6.2 RECOMENDACIONES**

El presente trabajo de investigación conduce a establecer en estudios posteriores, la necesidad de realizar investigaciones más amplias sobre el cuidado de enfermería sobre todas las víctimas de violencia intrafamiliar, para así buscar maneras de intervenir en cada uno de ellos.

Después de realizar este trabajo investigativo dirigido a los profesionales de enfermería y focalizada en mujeres ingresadas al hospital víctimas de violencia intrafamiliar, quienes deben estar preparadas para enfrentar con eficiencia y eficacia el profesionalismo de enfermería para el mismo, se presenta la propuesta para mejorar el acceso de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: El modelo de "Protocolo de procedimientos e intervención del personal de los servicios de emergencia del Hospital Roberto Galindo para detectar, atender y canalizar a mujeres en situación de violencia de intrafamiliar" que obedece a la búsqueda de estrategias que permitan fortalecer el cumplimiento de la Ley n. ° 348, de 09 de marzo de 2013, para que así pueda brindar un trabajo de excelencia con todos los profesionales de salud actuando de la misma manera en casos de violencia intrafamiliar.

### **6.2.1 AI SEDES Pando**

Programar acciones como: campañas para empoderar a las mujeres víctimas de la violencia, sobre todo, concientizar y educar a la población del Departamento

de Pando. Darles el seguimiento necesario a sus esfuerzos y otorgar apoyo económico para elaboración de proyectos como éstos. La aplicación de políticas en amparo a las mujeres del Departamento de Pando. Es importante que las distintas instituciones trabajen de manera equitativa y consistente para tanto prevenir la violencia contra la mujer como para protegerlas cuando ya son víctimas. De poco sirve que un solo sector de salud trabaje en esto si los demás no brindan el apoyo necesario.

La Ley 348 penaliza los actos de violencia, considerándolos delitos a ser sancionados con privación de libertad. El haber pasado de que la violencia contra la mujer sea solo una contravención a ser un delito, constituye un gran avance. De manera que legalmente a los agresores que golpean o cometen actos de violencia contra una mujer, son punidos criminalmente

Aplicar las garantías constitucionales del debido proceso, para que las personas que sufren violencia intrafamiliar se sientan seguras y respaldadas al denunciar a sus agresores. La sensibilización de los servidores públicos de otras instituciones, en esta materia, para brindar un servicio eficaz y eficiente.

### **6.2.2 Al hospital**

Capacitar al personal de enfermería con informaciones de violencia contra la mujer para que cuando una víctima acceda a las instalaciones se tomen las medidas legales, psicológicas y de ayuda necesarias. De esta forma el problema no será ignorado y la víctima podrá recibir las atenciones pertinentes.

Por otro lado, se recomienda que coloquen en el hospital material educativo sobre los derechos que tiene la mujer, la equidad de género, conceptos de qué es un comportamiento violento tanto en el noviazgo como en el matrimonio y contactos de instituciones tanto públicas o privadas a las cuales ellas puedan acceder en caso de emergencia o alguna consulta.

Que se utilice un protocolo de atención de enfermería propuesto para que haya un modelo institucionalizado y padronizado para los casos de cuidado de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. No solamente en el servicio de emergencias, sino también en el resto de los servicios.

Se sugiere mejorar un espacio físico para la atención de los casos detectados en el servicio de emergencia.

### **6.2.3 A las escuelas, colegios y universidades**

Se recomienda que se incluya el tema de violencia intrafamiliar en la currícula de formación con enfoque preventivo para cambiar los patrones culturales en las escuelas y colegios como materias optativas, de acuerdo al estudio de la secundaria y brindar una educación con equidad de género y a la vez, ofrecer charlas a las estudiantes acerca del empoderamiento, ya que serán futuras profesionales emprendedoras en la sociedad.

Sugiere que exista una coordinación entre el SEDES y SEDUCA para programar acciones de prevención de violencia intrafamiliar a través de charlas educativas en los colegios de forma regular.

A la Universidad Amazónica de Pando que se tome en cuenta este estudio, en la práctica clínica de los alumnos, buscando implementar un programa educativo contra la violencia intrafamiliar, para ser aplicado dentro de los hospitales y centros de salud.

### **6.2.4 A los medios de comunicación, periodistas y comunicadores**

Ofrecer espacios para la difusión del tema del empoderamiento en las mujeres, pues funciona como una manera de prevenir la violencia en contra de ellas. También, hacer uso de las herramientas de los medios de comunicación, mediáticas, con el propósito de educar, informar y concientizar acerca del tema.

El fortalecimiento de las redes sociales que trabajan en prevención de violencia intrafamiliar, a través de talleres de empoderamiento del Marco Jurídico Nacional y los Instrumentos Internacionales.

### **6.2.5 A la población**

Que en el núcleo familiar exista el respeto hacia los derechos que tienen tanto las madres como las hijas, sin encasillar el valor y la capacidad de las primeras únicamente por su rol de esposa y mamá; y que se le inculque a las segundas desde pequeñas valores de fortaleza, decisión y el deseo de independencia y superación.

Crear oportunidades para la inclusión de las jóvenes y de mujeres en actividades educativas, recreativas, deportivas y comunitarias para que así se formen en un ambiente donde se promueva la equidad de género y se pueda elevar su autoestima.

A las organizaciones de mujeres de Cobija que puedan coordinar con el SEDES a través del programa de género y violencia intradomestica para programar acciones de prevención a través de campañas, ferias, charlas educativas, etc.

### **6.2.6 Al personal de enfermería**

Aplicar el protocolo de procedimientos e intervención de enfermería en atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo Terán.

Se sugiere mejorar el protocolo propuesto de acuerdo a actualizaciones de las normativas del Ministerio de Salud y Deportes.

## REFERENCIAS

1. Anderson, R. E. y Carter, I. (1994). La conducta humana en el medio social: enfoque sistémico de la sociedad. Barcelona: Gedisa.
2. Arranz, F. (Ed.). (2000). Las políticas públicas a favor de las mujeres. Instituto de Investigaciones feministas. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
3. Arsuaga, J. L. y Martínez, I. (1998). La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana. Madrid: Editorial Temas de Hoy.
4. Bandura, A. y Walters, R. (1974). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Editorial. (Orig. 1963).
5. Bolivia registra en cinco años 3.495 suicidios; el 33% en La Paz (citado en 10 de septiembre de 2009) Disponible en: <http://www.la-razon.com/sociedad/Bolivia-registra-anos-suicidios>
6. Bolivia: violencia contra mujeres, el más alto de la región, por Redacción Central - Los Tiempos - 23/11/2013. Disponible en: <[http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20131123/bolivia-violencia-contra-mujeres-el-mas-alto-de-la\\_236168\\_512415](http://www.lostiempos.com/diario/actualidad/nacional/20131123/bolivia-violencia-contra-mujeres-el-mas-alto-de-la_236168_512415)>
7. [Cada 35 horas, una mujer muere por violencia de género | La Razon](#), 26 Nov 2013. Disponible en: <<http://www.larazon.com.ar/.../horas-mujer-muere-violencia-genero>>
8. Centro de Información y Desarrollo de la Mujer-CIDEM Observatorio “Manuela” Violencia Femicidio y Mujeres en Riesgo
9. Cevallos, I. (Ed). (2000). Legislación sobre víctimas de delitos. Madrid: Tecnos.
10. Código Penal Boliviano, Ley No 348 Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia
11. Comisión para la investigación de malos tratos a mujeres (1998). Otra frontera rota (I): Aspectos jurídicos de la violencia doméstica. Madrid: Entinema
12. Corsi, J. (1998). ¿Cómo se puede prevenir la violencia en la pareja? En E. Echeburúa y Paz de corral (Eds.), Manual de violencia familiar, (pp. 177-188). Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
13. De la ONU A/CONF.157/PC/35,9 de Abril, 1992
15. Defensor del Pueblo(1999). La Violencia Doméstica contra las mujeres. Madrid

16. Defensor del Pueblo (2014). ). La Violencia contra las mujeres de Bolivia
17. De Pablos Escobar, L. (2000). Desigualdad laboral desde la perspectiva de género. En De Villota, P. (Coord.). En torno al mercado de trabajo y las políticas de igualdad de oportunidades en España (pp.73-98). Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid
18. Derechos humanos de las mujeres: paso a paso. Guía Práctica para el uso del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y de los Mecanismos para Defender los Derechos Humanos de las Mujeres. (1999). Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Women, Law&Development International. Human RightsWatch, Women'sRights Project
19. Derogatis, L. R. (1975). The SCL-90-R. En Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Manual de violencia familiar. Madrid: Siglo Veintiuno Editores
20. El Observatorio de Género de la Coordinadora de la Mujer inició sus actividades el 29.9.2010. Disponible en: <<http://www.coordinadoradelamujer.org.bo>>
21. El alcoholismo 'consume' al 10% de la población, 10 jun 2013. Disponible en: <<http://www.eldia.com.bo/index.php?cat=1&pla=3>>
22. [Estudio de caso - Cátedra de investigación e innovación](http://e-formadores.redescolar.ilce.edu.mx/revista/apa.htm) Disponible en: <<http://e-formadores.redescolar.ilce.edu.mx/revista/apa.htm>>
23. Falcón, L. (1999). Familia y Violencia. Enfoque Jurídico. Madrid: Dikynson.
24. Ferreira, G. (1992). Hombres violentos-mujeres maltratadas. Aportes a la investigación y tratamiento de un problema social. Buenos Aires: Sudamericana
25. Fierro, A. (1998). Personalidad y diferencias individuales. En A. Puente Ferreras (Coord.). Psicología Básica: Introducción al estudio de la conducta humana, (535- 575). Madrid: Ediciones Pirámide
26. García García, E. (1999). Derechos humanos y calidad de vida. En Graciano González R. Arnaiz (Coord.). Derechos Humanos: La condición humana en la sociedad tecnológica. Madrid: Tecnos
27. Guía de actuación en atención especializada para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres. Disponible en: <<http://www.madrid.org/cs/Satellite?>>
28. INE Bolivia censo nacional de población menos joven en el país 2012

29. Informe Bolivia 2010 - Derechos Humanos de las Mujeres y Justicia de Género Informe sobre el ejercicio de los derechos humanos en el estado plurinacional de Bolivia

30. Informe Bolivia 2010 Derechos Humanos de las Mujeres y Justicia de Género Ley No 348 Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia. Disponible en: <http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio>

31. Informe sobre el ejercicio de los derechos humanos en el estado plurinacional de Bolivia Defensoría del Pueblo -08.03 2013. Disponible en: <[http://www.defensoria.gob.bo/archivos/INFORME\\_SOBRE\\_DDHH\\_2013](http://www.defensoria.gob.bo/archivos/INFORME_SOBRE_DDHH_2013)>

32. La mujer boliviana enfrenta 16 tipos de situaciones de violencia, La Razón / Wilma Pérez - La Paz, 24 de noviembre de 2013 Disponible en: <<http://www.la-razon.com/index.php?url=/sociedad/mujer-boliviana-enfrenta-situaciones-violencia>>

33. La Razón (Edición Impresa)/Liliana Aguirre/La Paz 03 de febrero de 2013

34. La violencia contra las mujeres en el Estado Plurinacional. Disponible: en <<http://www.defensoria.gob.bo/sp/paginacion>>

35. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública Servicio de Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid

36. Ley N° 2026, de 27 de octubre de 1999, Código Niño Niña y Adolescente

37. Memoria del primer Seminario Nacional de Derechos Humanos de las Mujeres. Marco Jurídico y Política de Estado, Serie por la Vida y la Libertad de las Mujeres. Disponible en:<[http://cidem-ac.org/PDFs/Publicaciones/Derechos Humanos de las Mujeres Marco Jurídico y Política de Estado](http://cidem-ac.org/PDFs/Publicaciones/Derechos_Humanos_de_las_Mujeres_Marco_Juridico_y_Politica_de_Estado)>

38. Plan Nacional para la prevención de la violencia intrafamiliar y sexual. 2001-2006

39. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. PAHO/WHO 1999

40. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) con el apoyo de UNICEF en Bolivia

## **SIGLAS**

OPS – Organización Panamericana de la Salud

FELCV – Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia

SLIMs – Los Servicios Legales Integrales

ONGs – Organizaciones No Gubernamentales

CIDEM – Centro de Información y Desarrollo de la Mujer

OPS – Organización Panamericana de la Salud

INE - Instituto Nacional de Estadística

SIPPASE - Sistema Integral Plurinacional de Prevención, Atención, Sanción y

Erradicación de la Violencia en razón de Género

SIVICIGE - Sistema para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género

# ANEXOS

## ANEXO I

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
AREA CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

### **Permiso autoridades**

Cobija, febrero de 2014.-

Señor Director del Hospital Roberto Galindo Terán

La que suscriben Alessandra Aparecida Leandro de Ávila, alumna del 5º Año de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Amazónica de Pando, de la cátedra "Taller de Trabajo Final", se dirigen a Usted y por su intermedio ante quien corresponda, con el objeto de solicitar autorización para realizar un estudio de investigación, referido a INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CASOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, al personal de enfermería que cumple tareas en ese Hospital. La misma se realizará durante el mes de febrero de 2014. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs., para obtener la cobertura de todo el día de trabajo.

Dicho trabajo permitirá conocer las características del cuidado que realizan las enfermeras a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar en el Hospital Roberto Galindo Terán año 2014.

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

***Alessandra Aparecida Leandro de Ávila***

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
AREA CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Cobija, febrero de 2014.-

Al Enfermero(a) jefe de la División Emergencias  
Hospital Roberto Galindo Terán

La que suscriben Alessandra Aparecida Leandro de Ávila, alumna del 5º Año de la Carrera de Enfermería, de la Universidad Amazónica de Pando, de la cátedra “Taller de Trabajo Final”, se dirigen a Usted y por su intermedio ante quien corresponda, con el objeto de solicitar autorización para realizar un estudio de investigación, referido a INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CASOS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, al personal de enfermería que cumple tareas en ese Hospital. La misma se realizará durante el mes de febrero de 2014. Se tomará como franja horaria de 8 a 24 hs, para obtener la cobertura de todo el día de trabajo.

Dicho trabajo permitirá conocer las características del cuidado que realizan las enfermeras a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el Hospital Roberto Galindo Terán que año 2014.

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

***Alessandra Aparecida Leandro de Ávila***

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
AREA CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Cédula: HOJA de COTEJO**

El presente instrumento tiene por finalidad recolectar información sobre *Intervención de Enfermería en casos mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar que acuden en el Servicio de Emergencias del Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija*. Su valiosa información contribuirá significativamente al conocimiento científico y será de utilidad para la institución y en particular para la profesión/enfermero(a). La observación será abordada, manteniendo la privacidad de los datos que se solicitan previo consentimiento informado. Su participación es muy importante.

Gracias por su colaboración.

**Nº:** .....

1 . Edad:.....

2 . Sexo: F( ) M ( )

3. Formación: 1 – Licenciado(a) en enfermería: ( )  
 2 – Graduada en Enfermería: ( )  
 3 – Estudiante de Enfermería: ( )

4. Antigüedad: ..... años

5. ¿Con qué frecuencia ingresan mujeres víctimas de violencia intrafamiliar al hospital?

Diario ( )  
 Semanal ( )  
 Mensual ( )

6. ¿Existe en el servicio de emergencia del hospital un manual de normas de atención a la violencia intrafamiliar y salud mental?

Si ( )

No ( )

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
 AREA CIENCIAS DE LA SALUD  
 CARRERA DE ENFERMERÍA**

7. ¿Existe en el servicio de emergencia del hospital un protocolo de atención de enfermería para atender a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar?

Si ( )

No ( )

8. ¿Se realiza valoración psicológica por el personal de enfermería del servicio de emergencia a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija – Pando?

Si ( )

No ( )

9. ¿Se brinda consejería por parte del personal de enfermería a las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que acuden al servicio de emergencia del Hospital Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija – Pando?

Si ( )

No ( )

10. ¿Ha recibido capacitación sobre atención a mujeres víctimas de violencia intrafamiliar y salud mental?

Si ( )

No ( )

**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO  
AREA CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Preguntas que serán analizadas de las historias clínicas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar ingresadas al hospital Roberto Galindo**

**de enero hasta junio del 2013**

1. ¿Cuál edad fue la más agredida de las mujeres víctimas de VIF?

De 1 a 9 años				
De 10 a 20 años				
De 21 a 59 años				

2. ¿Hasta qué año han estudiado las mujeres víctimas de VIF?

Primaria Completa				
Primaria incompleta				
Secundaria				
Secundaria incompleta				

3. ¿Cuál es el estado civil de las mujeres víctimas de VIF?

Casada				
Unión libre				
Soltera				
Divorciada				

## ANEXO II

## CUADRO N.º 1

**Incidentes de feminicidios registrados de enero – septiembre 2013 en  
Bolivia**

**FEMINICIDIOS Y ASESINATOS DE MUJERES EN 8 DEPARTAMENTOS  
DEL ESTADO PLURINANCIONAL DE BOLIVIA  
ENERO-SEPTIEMBRE 2013**

DEPARTAMENTO	FEMINICIDIO FAMILIAR	FEMINICIDIO INFANTIL	FEMINICIDIO ÍNTIMO O CONYUGAL	FEMINICIDIO POR ABORTO MAL PRACTICADO	FEMINICIDIO POR CONEXIÓN	FEMINICIDIO POR OCUPACIÓN ESTIGMATIZADA	FEMINICIDIO SEXUAL	FEMINICIDIO SOCIAL	TOTAL FEMINICIDIOS	TOTAL ASESINATO POR INSEGURIDAD CIUDADANA Y OTROS	TOTAL
Chuquisaca			2				1		3	1	4
Cochabamba		5	11		1		3	1	21	7	28
La Paz		1	23				11		35	19	54
Oruro			2				1		3		3
Pando										3	3
Potosí			1				1		2	2	4
Santa Cruz	1	2	9	1	1	1	2		17	10	27
Tarija			1						1	1	2
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>49</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>82</b>	<b>43</b>	<b>125</b>
% FEMINICIDIOS	1.22%	9.76%	59.76%	1.22%	2.44%	1.22%	23.17%	1.22%	100.00%		

Fuente: Base de datos Observatorio "Manuela" Violencia, Feminicidio y Mujeres en Riesgo del Centro de Información y Desarrollo de la Mujer-CIDEM, La Paz.

### CUADRO N° 2

Casos registrados de violencia intrafamiliar por tipo en Bolivia por departamento en el primer semestre del 2011

BOLIVIA: DENUNCIAS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR POR TIPO DE VIOLENCIA SEGÚN DEPARTAMENTOS 2005 - 2010.								
DEPARTAMENTO	FÍSICA		PSICOLÓGICA		SEXUAL		SUMA	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
La Paz	17.217	37,8	28.094	61,7	211	0,5	45.522	100,0
Santa Cruz	24.028	37,2	40.466	62,6	135	0,2	64.629	100,0
Cochabamba	32.499	46,5	36.806	52,7	551	0,8	69.856	100,0
Oruro	15.939	47,0	17.961	52,9	44	0,1	33.944	100,0
Potosí	10.649	50,8	10.313	49,2	18	0,1	20.980	100,0
Chuquisaca	7.041	51,3	6.664	48,6	19	0,1	13.724	100,0
Tarija	11.372	49,7	11.381	49,8	118	0,5	22.871	100,0
Beni	4.611	55,1	3.694	44,2	57	0,7	8.362	100,0
Pando	2.264	54,7	1.824	44,0	54	1,3	4.142	100,0
<b>TOTAL</b>	<b>12.5620</b>	<b>44,2</b>	<b>157.203</b>	<b>55,3</b>	<b>1.207</b>	<b>0,4</b>	<b>284.030</b>	<b>100,0</b>

Fuente: ONSC, con datos del Comando General de la Policía Boliviana a mayo de 2011.

### CUADRO N° 3

Total de registró y promedio diario denuncias de violencia Gestiones del 2007 al 2011 9 capitales de departamento y municipio del alto estado plurinacional de Bolivia

REGISTRO POR AÑO	TOTAL DE DENUNCIAS	PROMEDIO/ DÍA DENUNCIAS
Gestión 2007	68.777	188
Gestión 2008	80.942	221
Gestión 2009	81.008	222
Gestión 2010	102.267	280
Gestión 2011	109.062	299

Fuente: Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde la Perspectiva de Género – SIVICIGE. Centro de Información y Desarrollo de la Mujer – CIDEM. La Paz – Bolivia. 2012

### CUADRO N° 4

Total registro de denuncias desagregado por sexo según n° de Ley gestiones del 2007 al 2011 9 capitales de departamento y municipio del alto estado plurinacional de Bolivia

N° LEY	HOMBRES	MUJERES	s/e	TOTAL	%
1674	35.501	<b>194.285</b>	56.028	285.814	64,65
2033	18.578	<b>24.226</b>	12.576	55.380	12,53
2026	24.681	<b>28.858</b>	47.323	100.862	22,82
<b>TOTALES</b>	<b>78.760</b>	<b>247.369</b>	<b>115.927</b>		<b>442.056</b>
<b>%</b>	<b>17,82</b>	<b>55,96</b>	<b>26,22</b>		<b>100,00</b>

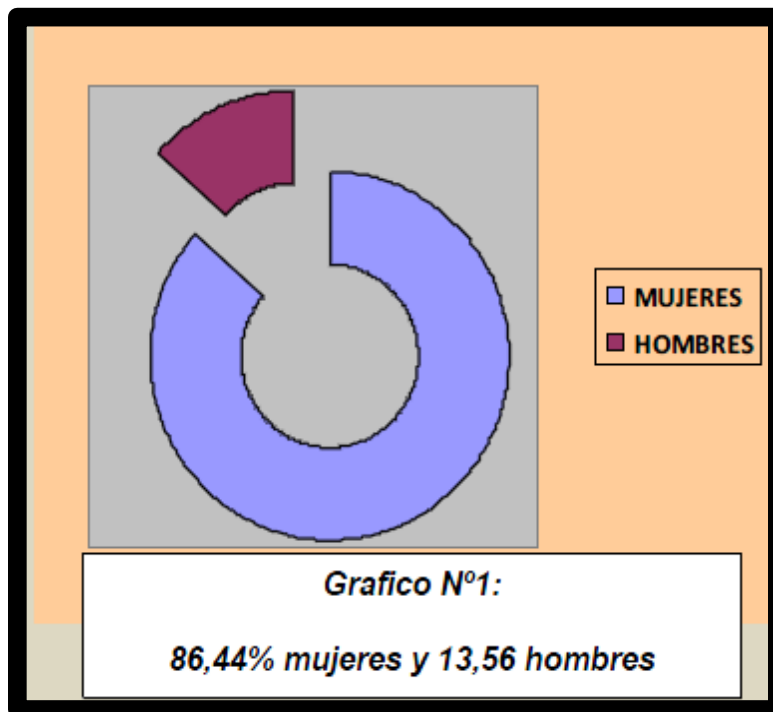
Fuente: Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde la Perspectiva de Género – SIVICIGE. Centro de Información y Desarrollo de la Mujer – CIDEM. La Paz – Bolivia. 2012

**CUADRO N° 5**  
**n° total feminicidios por tipo de feminicidio histórico 2009 – 2013 (p) Estado Plurinacional de Bolivia**

TIPO DE FEMINICIDIO	FEMINICIDIO SEXUAL	FEMINICIDIO LESBOFÓBICO	FEMINICIDIO SOCIAL	FEMINICIDIO INFANTIL	FEMINICIDIO POLÍTICO	FEMINICIDIO FAMILIAR	FEMINICIDIO ÍNTIMO O CONYUGAL	FEMINICIDIO POR ABORTO MAL PRACTICADO	FEMINICIDIO POR OCUPACIÓN ESTIGMATIZADA	FEMINICIDIO POR CONEXIÓN	TOTALES
Totales	102	2	1	71	2	17	197	5	3	3	403
% totales	25,31	0,50	0,25	17,62	0,50	4,22	48,88	1,24	0,74	0,74	100,00

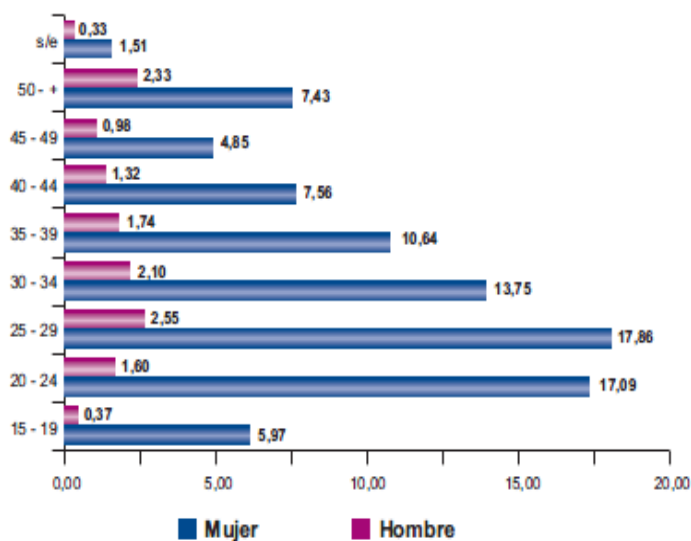
Fuente: Observatorio "Manuela" Violencia, Feminicidio y Mujeres en Riesgo - Centro de Información y Desarrollo de la Mujer – CIDEM. La Paz – Bolivia. 2013.

**CUADRO N° 6**  
**Patrón comparativo de violencia intrafamiliar entre hombre y mujer de julio a diciembre de 2009**



### GRAFICO N° 7

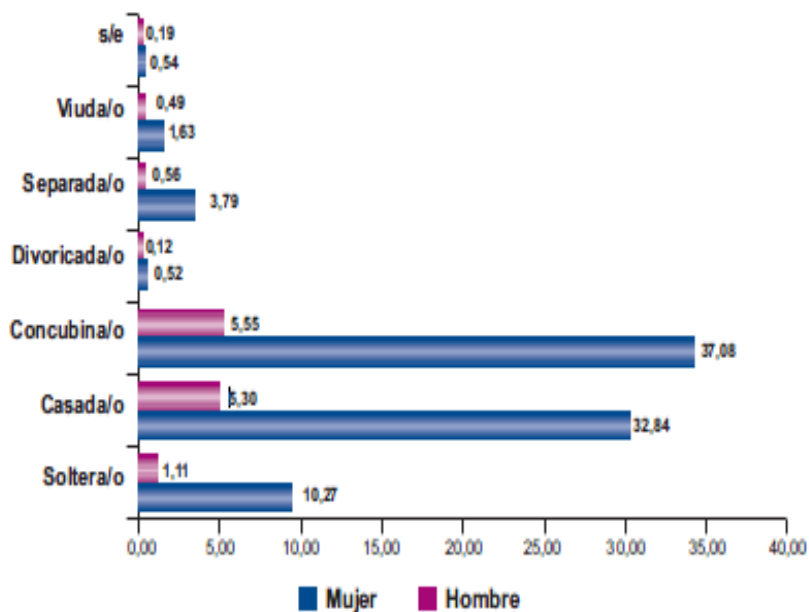
Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según edad actual, primer semestre 2009 (En porcentajes)



Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales / Organizaciones No Gubernamentales Instituto Nacional de Estadística

### GRAFICO N.º 8

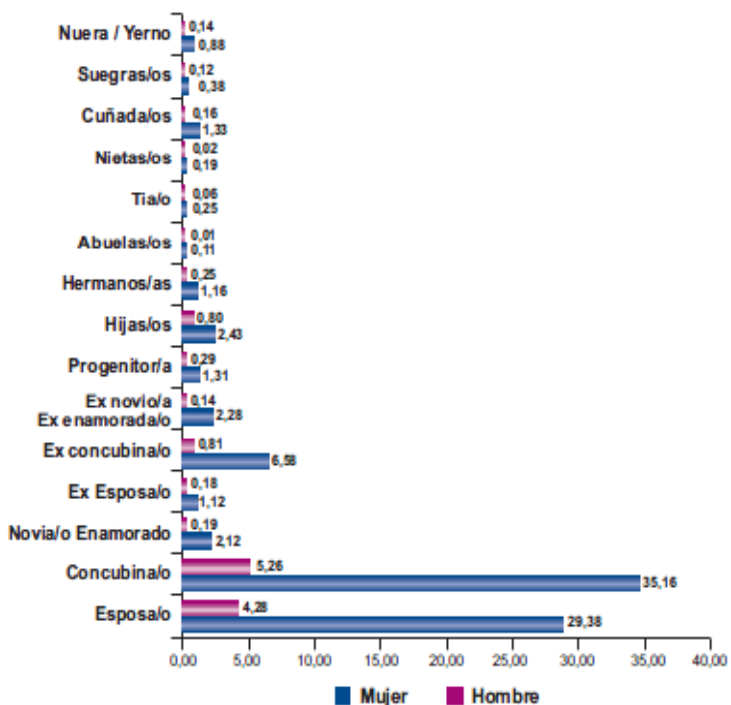
Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según estado civil, primer semestre 2009 (En porcentajes)



Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales / Organizaciones No Gubernamentales - Instituto Nacional de Estadística

**GRAFICO N.º 9**

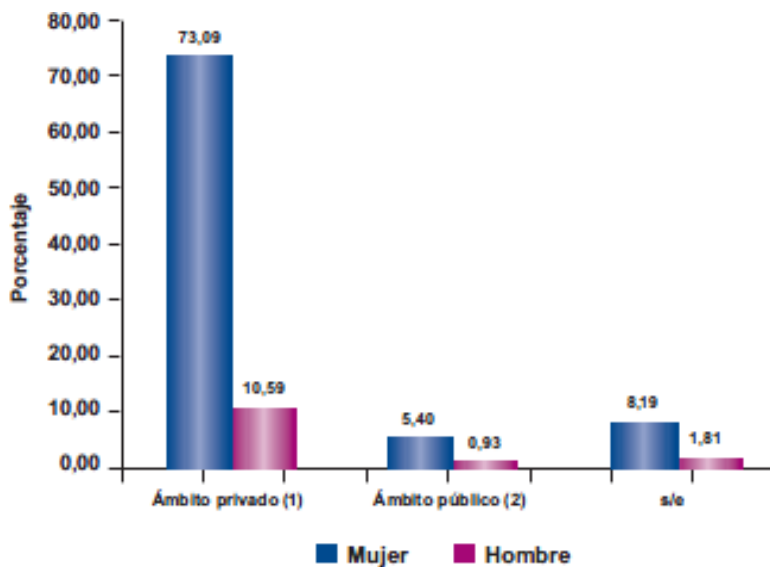
**Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según relación de parentesco, primer semestre 2009 (En porcentajes)**



Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales / Organizaciones No Gubernamentales  
Instituto Nacional de Estadística

**GRAFICO N.º 10**

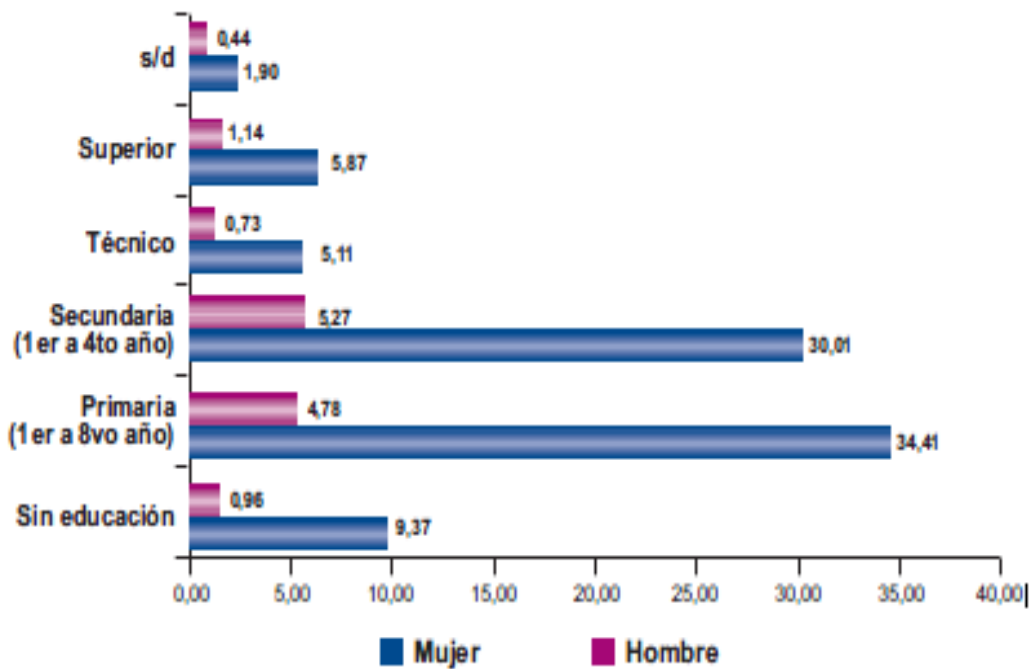
**Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según lugar de agresión, primer semestre 2009 (En porcentajes)**



Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales / Organizaciones No Gubernamentales - Instituto Nacional de Estadística

**GRAFICO N.º 11**

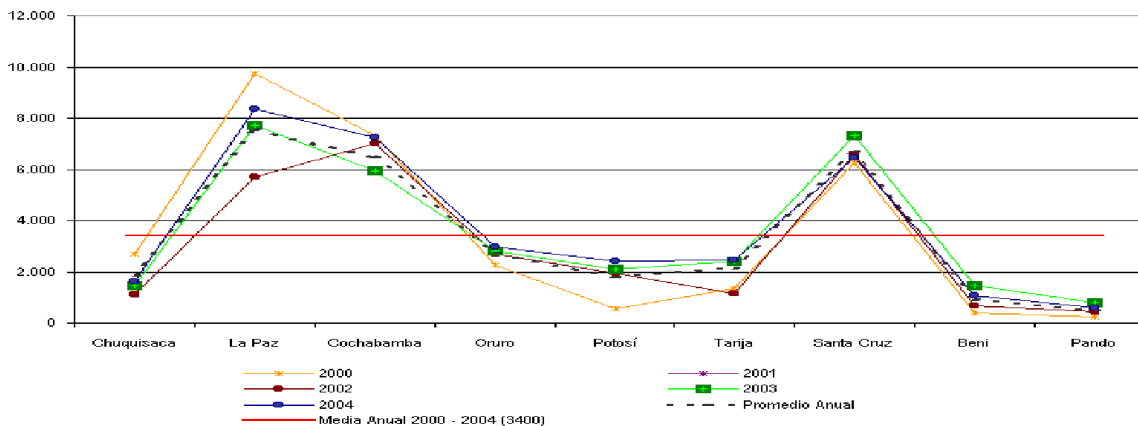
**Mujeres y hombres en situación de violencia intrafamiliar según nivel de educación, primer semestre 2009 (En porcentajes)**



Fuente: Servicios Legales Integrales Municipales / Organizaciones No Gubernamentales  
Instituto Nacional de Estadística

**FIGURA N.º 11**

**Patrón comparativo denuncias registradas por la brigada de protección a la familia sobre violencia familiar y/o doméstica de 2000 a 2004**



Fuente: Bolivia. Comando General de la Policía Nacional: Dirección Planeamiento y Operaciones Div. Estadísticas Elaborado: Sistema de Información para la Vigilancia Ciudadana desde una Perspectiva de Género – CIDEM, 2005 Nota: El promedio anual es el número de denuncias por año y departamento es de 3400 - 333 –

**Anexo III**  
**Fotos de encuestas**

