

CUIDADO ENFERMERO, PERCEPCIÓN DE LA MUJER QUE VIVE VIOLENCIA DE PAREJA

NURSING CARE AND PERCEPTION OF WOMEN SUFFERING FROM SPOUSAL ABUSE

¹Vinka Yusef Contreras, ²Mónica Illesca Pretty ³Fredy Seguel Palma

RESUMEN

Introducción: Varias naciones en América Latina y el mundo, han tomado acuerdos para legislar y crear políticas en virtud de prevenir y erradicar la violencia intrafamiliar, existiendo aún carencia de acciones para dar solución efectiva a esta problemática, donde Enfermería como disciplina debe hacerse presente. **Objetivo:** Describir los requerimientos de cuidados enfermeros percibidos como necesarios por la mujer violentada por su pareja, ingresada a casa de acogida en riesgo vital. **Metodología:** Investigación cualitativa, descriptiva, a través de estudio de casos. Se realizó registro de notas de campo y entrevista en profundidad a informantes claves. El análisis de datos siguió el referencial de Miles y Huberman, manteniendo presente las consideraciones éticas durante el transcurso de la investigación. **Resultados:** Del análisis emergen las siguientes categorías; en notas de campo; Entorno y ambiente de la casa y Actitud que presenta la mujer, y en discursos; Cuidados genéricos (populares), Cuidados profesionales y Cuidados enfermera/os específicos requeridos, identificándose principales subcategorías en cada una de ellas. **Discusión:** El descubrimiento de las dimensiones descritas es relevante para la disciplina enfermera, destacando la concordancia entre estos hallazgos y el estado del arte, en cuanto a carencias y requerimientos de estas mujeres, como: protección, seguridad, apoyo, orientación, educación y necesidad de reestructuración de sus vidas y las de sus hijos. **Conclusión:** Es necesario formular protocolos de atención y modelos de cuidado específicos, en servicios públicos intersectoriales, culturalmente pertinentes y significativos que guíen la práctica, atendiendo a la esencia del quehacer enfermero y a la responsabilidad social que le compete.

ABSTRACT

Introduction. Many countries in Latin America and around the world have agreed to enact legislation with the purpose of preventing and eradicating domestic violence. Nevertheless, insufficient action has been taken to solve this problem effectively. Nursing as a field of study must be involved in the search for this solution. **Goal.** To describe the nursing care requirements perceived as necessary by women in shelter houses who have suffered from life-threatening abuse at the hands of their partners. **Methodology.** Qualitative and descriptive case study. Field notes were recorded, and an in-depth interview of key informants was conducted. Data analysis followed Miles and Huberman's framework; ethical considerations were kept in mind throughout the investigation. **Findings.** The following categories emerged from the analysis: "domestic environment" and "woman's attitude" (from the field notes); "generic (popular) care," "professional care," and "specific required nursing care" (from the interviews). The main subcategories of each category were identified. **Discussion.** The discovery of the aforementioned dimensions is relevant to the nursing discipline, as this establishes a consistency between these findings and the state of the art in terms of shortages and requirements of these women, such as protection, security, support, guidance, education, and the need to restructure their lives as well as those of their children. **Conclusion.** It is necessary to formulate care protocols and specific care models in inter-sectoral public services. These protocols and models must be culturally appropriate and significant, and must guide the practice, focusing on the essence of the nurse's knowhow and social responsibility.

PALABRAS CLAVE:

Cuidado de enfermería; Necesidades y Demandas de Servicios de Salud; Violencia de pareja; Grupos de riesgo

KEYWORDS:

Nursing care; needs and requirements of health services; spousal abuse; risk groups

Para citar este documento:

Yusef V, Illesca M, Seguel F. Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja. Cuidarte. 2020; 9(18): 14-29. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.18.76669>

Recibido: 08/12/2019

Enviado a pares: 07/02/2020

Aceptado por pares: 02/03/2020

Aprobado: 19/03/2020

1. Magister en Enfermería, Mención Gestión del Cuidado. Académica del Instituto de Enfermería. Universidad Austral de Chile. Chile
vinkayusef@uach.cl

2. Doctora en Salud, Mg. Pedagogía y Gestión Universitaria. Académica del Departamento de Medicina Interna. Universidad de La Frontera. Temuco, Chile.

3. Doctor en Enfermería. Académico del Instituto de Enfermería. Universidad Austral de Chile. Chile.



CuidArte "El Arte del Cuidado" por Universidad Nacional Autónoma de México se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.

Basada en una obra en <http://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/index>

ISSN: 2395-8979

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja se ha convertido en un flagelo social en todas las latitudes, por el gran impacto que produce a nivel individual y familiar. Marca en forma profunda a las mujeres que la viven y a los que las rodean, dejando a los niños sin protección parental y en situación de alto riesgo biológico, psicológico y social, con el riesgo de perpetuación del problema en las generaciones siguientes, por esto es considerada marcador de riesgo^{1,2}.

Por lo general, las víctimas guardan el secreto por las siguientes razones: proteger socialmente la imagen de su agresor, sentimientos de vergüenza, temor o simplemente porque aprendieron de sus modelos maternos que estas situaciones debían ser “soportadas”, incluso por el anhelo de volver a momentos felices en la relación, esperando que el escenario se revierta^{2,3}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1996 reconoció la violencia de género como problema de Salud Pública, siendo abordado amplia y prioritariamente desde diferentes ámbitos por distintas entidades a nivel global en busca de su prevención, considerando que atenta contra los derechos humanos y pone en riesgo vital a las personas^{4,5}.

Entre las diversas formas o tipos de violencia de pareja se encuentra la injuria psicológica que comprende estrategias utilizadas por los agresores para conseguir poder y control sobre su víctima como: agresiones verbales, exigencia para lograr que efectúen acciones humillantes, amenazas sobre privarlas del contacto con sus hijos, aislamiento social y restricción; económica, de alimentación, vestuario, transporte, servicios de salud, sociales o empleo, hechos que posicionan a las víctimas en una situación de alto nivel de estrés constante que influye paulatinamente en la salud biológica^{6,7}.

En Chile según estadísticas del Ministerio Público y la Subsecretaría de Prevención del Delito, se observa una mantención de estas en el tiempo, revelando que alrededor de una de cada tres mujeres ha vivido alguna vez violencia de pareja y aproximadamente 50% de los ingresos penales en este ámbito, se debe a lesiones físicas^{8,9}. La alta prevalencia de violencia observada en los últimos años podría explicar el dramático número de femicidios que se ha mantenido constante en el tiempo^{9,10}.

Las mujeres que buscan ayuda para terminar con la situación nociva que enfrentan y que deciden empoderarse nuevamente de su vida y la de sus hijos, toman decisiones y ejecutan acciones como judicializar la circunstancia de violencia que viven, este proceso se denominó ruta crítica, por el enorme desgaste y compromiso emocional que involucra⁴.

A comienzos de la década pasada, las vivencias de la mujer que iniciaba el proceso de judicialización denominado como “la ruta crítica”, se vinculaban con falta de redes de apoyo e incredulidad frente a la solución del problema, resaltando que las esperanzas de ellas disminuían frente a la debilidad de las sanciones hacia el victimario y su escasa fiscalización, situación amparada por la legislación de ese entonces⁴.

Las mujeres violentadas son personas vulnerables, pasan por una situación denominada crisis situacional o no normativa, definida como eventos inesperados en el ciclo vital¹¹, que incluso las posiciona en riesgo vital en algunas ocasiones, a lo que se agrega la circunstancia de vivir un proceso lesivo y desgastador al iniciar acciones judiciales, denominado como la ruta crítica, que aumenta el riesgo al que se exponen.

En Chile, existen instituciones que brindan ayuda a las víctimas, entre ellas se encuentra el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SernamEG)¹², que proporciona variadas prestaciones a través de Centros de la Mujer, donde trabaja un equipo constituido por profesionales asistentes sociales, psicólogos, abogados y monitores o facilitadores grupales.

Esta institución dispone, además de casas de acogida (celosamente ocultas), que prestan servicio de seguridad, protección, asistencia psicosocial y apoyo para la reconstrucción de la vida futura de la mujer y sus descendientes, buscándoles instancias de capacitación, reinserción laboral, asesoramiento legal si lo requiere y trámites de nueva vivienda, incluso en otro lugar del país¹³. A estos lugares tienen acceso aquellas personas que, por alguna causa relacionada con la violencia ejercida por sus parejas o exparejas, se les considere en riesgo grave y/o vital, resguardándolas del agresor, independiente de la ubicación geográfica, pudiendo ingresar con sus hijos menores de 14 años¹³.

El periodo máximo que las víctimas pueden estar residiendo es de 6 meses (periodo estimado de la intervención), el cual es evaluado según cada situación en particular y eventualmente prorrogado. Pese a los beneficios, la estadía puede ser breve, decidiendo volver a su antiguo hogar, aunque sigan existiendo las condiciones de riesgo que ello involucra, sin dar inicio al proceso judicial (ruta crítica)¹³.

Parece relevante plantear que la disciplina de enfermería, por su fuerte formación en el ámbito social y tomando en cuenta el compromiso ético y sus amplias competencias, debe hacerse presente de forma importante en este contexto, no tan sólo en los sistemas de Atención Primaria, sino, en toda instancia en la que estos profesionales puedan entregar cuidados específicos a las carestías presentadas y sentidas por esta población en particular.

Desde la psicología social se señala que el conocer los requerimientos en salud de una población determinada, aparte de ser siempre de interés e importancia para la atención, es vital para partir desde esa instancia entregando cuidados en forma atingente y óptima, tomando en cuenta que los requerimientos no han sido explorados a cabalidad y que algunos estudios establecen que en pocas oportunidades se ha llegado a determinar la causa biológica que origina las manifestaciones somáticas, existiendo un vacío en cómo satisfacer las necesidades experimentadas por la población en dicha materia¹⁴.

En referencia a la salud mental, ésta va más allá del simple y puro concepto de ausencia de trastorno o enfermedad, relacionándose con lo que la persona busca o quiere para sí misma. En términos simples, sentirse pleno y satisfecho en concordancia con la situación de vida y relaciones interpersonales cotidianas a la que el individuo se enfrenta en los diversos círculos sociales a los que pertenece, en definitiva, trata la forma en que cada individuo ajusta las exigencias y demandas por el diario vivir, con sus capacidades y herramientas, donde la enfermera/o juega un rol fundamental, pues su campo de acción abarca varios ámbitos entre los que se encuentra la salud mental de la población¹⁴.

Entre las competencias que los enfermeros deben poseer, para la entrega de cuidados en relación a la salud mental de la persona afectada y su familia, se encuentran la disposición, comprensión, neutralidad, actitud empática, acogida, contención, orientación, desdramatización, control de las emociones, conocimiento de límites propios, intervención en crisis, relación de ayuda, escucha activa, comunicación terapéutica, satisfacción de necesidades básicas, mantención de continuidad de los cuidados y trabajo en equipo, entre otras¹⁵.

En definitiva, el rol enfermero frente a este escenario, se resume en la gestión permanente de la entrega de cuidado integral, utilizando la interacción bidireccional y relación de ayuda como elementos terapéuticos frente al abordaje del individuo en situación de crisis y su familia, considerando la crisis como un momento de fragilidad en la salud mental de la persona, situación en que habitualmente se encuentran las mujeres que inician la ruta crítica, hecho que apoya la idea de que ellas podrían ser consideradas objeto de gestión de cuidados enfermeros.

- Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja
- Vinka Yusef Contreras, Mónica Illesca Pretty y Fredy Seguel Palma

Se torna interesante mencionar el trasfondo que Madeleine Leininger confiere al cuidado, concordando ampliamente con el caso de las mujeres objeto de este estudio pues intervienen varios factores como: tradición cultural, estructura social y género que marcan la pertenencia a las subculturas, en este caso la femenina, con particularidades compartidas (violencia de pareja y la ruta crítica), que las hacen únicas y diferentes, por lo que parece interesante y prioritario profundizar en la mirada que la autora confiere a este tipo de cuidado específico. La autora refiere que éste es tema central en la atención, la ciencia y el ejercicio profesional de la enfermera. Su teoría guía hacia un compromiso profesional orientado por normas éticas, centradas en las características culturales de los usuarios, lo que debe ser un factor motivador esencial en el proceso del cuidado^{16,17}.

La autora distingue características únicas en esta teoría, entre las cuales destaca el hecho de haber sido diseñada para descubrir el cuidado particular y universal, teniendo como centro de atención la comparación entre la identificación de prácticas de cuidados diferentes contrastándolas con constructos de cuidados específicos¹⁶.

Entre los principales supuestos que hacen alusión a los cuidados culturales y la enfermería transcultural involucrados en esta teoría, se hace preciso destacar algunos de ellos que se relacionan de forma particular con el problema abordado en este estudio, como la idea señalada sobre la ineludible necesidad de realizar prestación de cuidados culturales para el logro vital del bienestar, salud, supervivencia y afrontamiento de impedimentos físicos, mentales o la muerte¹⁶.

Lo antes mencionado se constituye en un medio holístico, imprescindible y vasto, a través del cual es posible conocer, explicar, interpretar y predecir los fenómenos de cuidado que guiarán la práctica enfermera, en lo que respecta a la entrega de cuidados profesionales específicos dirigidos a las mujeres violentadas por sus parejas, que comparten características propias y particulares, lo que las transforma en una subcultura.

Frente a lo antes expuesto se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los requerimientos de cuidado enfermero que perciben como necesarios las mujeres violentadas por su pareja, ingresadas a una casa de acogida?; es así como el objetivo de este estudio radica en describir los requerimientos de cuidados enfermeros que percibe como necesarios la mujer violentada por su pareja, ingresada a casa de acogida en riesgo vital.

METODOLOGÍA

Se utilizó metodología cualitativa, descriptiva-explicativa con enfoque fenomenológico^{18,19}, correspondiendo a un estudio de casos atípicos, por las características de la población de este estudio que concuerdan con lo propuesto por Stake²⁰ pues son personas con características particulares, por haber estado expuestas y viviendo una situación especial que las hace diferentes a las demás.

Las mujeres de estudio son ingresadas de la casa de acogida en una comuna al sur de Chile. La selección de las participantes fue intencionada²⁰, por caso típico-ideal, buscando a las personas que pudieran entregar la mejor información sobre el tema de interés, seleccionando a tres informantes claves que presentaron episodios de violencia de pareja, que se encontraban en riesgo vital (riesgo de ocurrencia de feminicidio) e iniciando la ruta crítica, como características principales avaladas por el análisis de los antecedentes de cada mujer, que realiza en cada caso el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género del Estado de Chile.

- Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja
- Vinka Yusef Contreras, Mónica Illesca Pretty y Fredy Seguel Palma

Como técnicas de recolección y registro de datos se realizaron entrevistas en profundidad, una sesión con cada participante, con una duración de 45 minutos en promedio en cada una, registradas con grabación de sonido y notas de campo efectuadas antes y durante la realización de la entrevista, buscando registrar en ellas aspectos relacionados con características de la casa de acogida y dinámica que experimentan las mujeres en ella y además el comportamiento de las mujeres durante la entrevista, previa aprobación por comité de ética (ord. 120) del servicio de salud correspondiente a la región y firma de consentimiento informado^{20,21}.

El análisis cualitativo se realizó previa transcripción fiel y detallada de las entrevistas, continuando con la descripción, reducción, transformación y obtención de conclusiones verificables²².

Se aplicaron los criterios de rigor científico propuestos por Guba y Lincoln²³, como valor de verdad se traduce en la adecuada profundidad de la entrevista y saturación de los discursos; aplicabilidad y consistencia desarrollándose mediante la selección de la metodología adecuada al tipo de estudio y neutralidad al interpretar los discursos fielmente a lo que quieren decir las entrevistadas, dando fe así de la rigurosidad y veracidad de los resultados del estudio, cumpliendo con conceptos de credibilidad, transferibilidad, dependencia y confirmabilidad, como referentes de análisis del rigor de un estudio cualitativo; sobre ello, la credibilidad fue dada por el contraste de la información analizada con la propia visión de las mujeres, buscando clarificar si las ideas vertidas en la información recolectada, concuerdan fiel y coherentemente con lo que la informante quiso expresar. La transferibilidad requirió un prolijo trabajo en cuanto a la recolección de información y la aplicación impecable de las técnicas seleccionadas para ello, buscando alcanzar un minucioso nivel de detalle de las informantes analizadas, para así lograr un posible grado de transferencia de los resultados obtenidos.

Por otra parte, para la dependencia las notas de campo proporcionaron detalles del contexto, el cual fue descrito, incrementando con ello la fiabilidad del estudio. Por último, en cuanto a la confirmabilidad se procuró, durante el proceso de recolección y análisis de la información, la contemplación y meditación por parte de los investigadores, sobre los datos obtenidos, sin hacer introspección ni prejuicio, por el contrario, empapándose de las ideas que emanaron de los datos, visualizando e interpretando claramente los hallazgos que emergieron del estudio.

Posteriormente se procedió a la clasificación conceptual de unidades de significado, terminando en su agrupación en categorías y subcategorías, identificando los discursos con un código entre paréntesis, para cada entrevistada (E), realizándose finalmente triangulación mediante la revisión de las entrevistas por los investigadores del estudio para comprobar la correcta distribución de categorías y subcategorías y además las unidades de significado más relevantes, buscando un acuerdo común frente a la presentación de los hallazgos y sus descripciones, como criterio y momento clave en la validación de los hallazgos en este estudio, otorgando así confiabilidad y validez a los resultados obtenidos.

Sobre las consideraciones éticas, el desarrollo del presente estudio siguió las referencias sobre los requisitos éticos señalados por Ezekiel Emanuel²⁴, procurando la mantención de la confidencialidad, integridad y derechos de las personas, durante todo el transcurso de la investigación.

HALLAZGOS

Es necesario destacar la similitud de algunas características presentes en las mujeres, que cobran relevancia en la contextualización de su situación de vida, tales como el ser adultas jóvenes, provenientes de sector urbano, con escolaridad básica/media, madres de hijos menores, no indican presencia de consumo de drogas, refieren presencia de historia de violencia de diferentes tipos en la familia de origen y que entre sus redes de apoyo reconocen preferentemente la escuela, familia materna, amigos personales y la Casa de Acogida, resaltando una mala o ausente relación con la figura paterna, concuerdan en haber sufrido agresiones físicas y psicológicas graves y reiteradas por parte de su pareja, motivo por el cual fueron ingresadas a la casa de acogida para resguardo de sus vidas pues podrían ser víctimas de feminicidio, por lo cual se ve restringida su libertad en relación a circular fuera de la casa, limitándose sólo a razones estrictamente necesarias.

“[...] Yo he hecho hartas denuncias, la última que fue esta cuando me metieron acá...tomé la decisión por mí y por mi hijo...sí...porque él antes de salir de la casa...en la última pelea...dijo que él se iba a ir y se iba a llevar a mi hijo...y donde me pille a mí en la calle...me pille con quien sea... que él me iba a matar...y por eso en la fiscalía el fiscal tomo la decisión que me venga a la casa de acogida [...]” E1

“[...] Ahora no he podido salir a buscar mis cosas mmm... eeh... ni los papeles que son importantes para mí. No he tenido ayuda aquí para ver eso, acá evitan las salidas, pero sé que es por mi seguridad...entonces yo no sé qué está pasando con mis cosas, y cosas que me ha costado tanto tener, y cosas que espero llevar para mi casa, cuando me entreguen mi casa[...]” E2

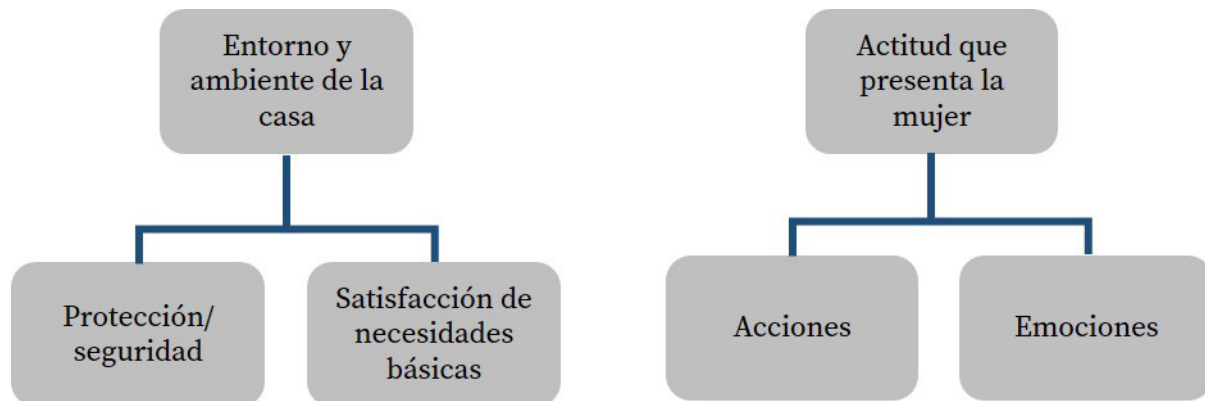
“[...] Me da miedo de encontrármelo afuera... del portón para afuera... y tengo que tener cuidado conmigo y mi hijo...cuando suelo ir a buscarlo...o lo voy a dejar al jardín...ahí necesito protección... no puedo decir voy a ir a mi casa a ordenar, a limpiar y después me voy a venir, porque acá no me dejan, igual como que de repente me siento como muy presionada[...]” E3

A continuación, se presentan dos tipos de resultados derivados del análisis realizado cada uno con sus respectivas categorías y subcategorías:

1. Notas de campo:

Del análisis de las notas de campo emanan dos categorías, la primera relacionada con el Entorno y ambiente de la casa de la que emergen dos subcategorías: protección /seguridad y satisfacción de necesidades básicas.

Figura 1: Categorías y subcategorías



Entorno y ambiente de la casa:

La subcategoría **protección/seguridad** se relaciona principalmente con la presencia de vigilancia y autoridad permanente en la casa y sistemas de restricción de flujo de personas a ésta o limitación de las salidas, condicionado por la situación de riesgo de las mujeres, además de la entrega de refuerzo informativo sobre aspectos de interés común, a lo que se une la circunstancia de potencial riesgo para los menores.

“[...] Al llegar a la casa se observa un cerco alto y abundante follaje de árboles que impiden la visibilidad de la vivienda desde el exterior, aunque cuenta con dos pisos edificados, existe un intercomunicador a través del cual es preciso identificarse para acceder al ingreso y las visitas deben contar con una autorización previa para asistir [...]”

“[...] Nos recibe la encargada, una de las personas que permanentemente acompañan a las mujeres en la casa las 24 horas del día, habitualmente se encuentra en las dependencias que corresponden a oficinas de quienes administran y dirigen la esta casa [...]”

“[...] En las paredes se visualizan algunos posters con información de apoyo sobre temas relacionados con afiliación parental, normativa de la casa e información nutricional[...].”

“[...]El hijo pequeño de la informante se encuentra con ella mientras se realiza la entrevista, inquieto recorre la habitación buscando y encuentra una caja con medicamentos[...].”

En la subcategoría **satisfacción de necesidades básicas** destacan aspectos como la presencia en la casa de la implementación necesaria, buenas condiciones higiénicas, comodidad y confort, organización para preparación de alimentos comunitarios, todo ello convirtiéndose en medio facilitador y generador de la autonomía en el autocuidado.

“[...] Dentro de la vivienda la temperatura es agradable, la implementación de los dormitorios favorece la privacidad y evita el hacinamiento, existen espacios comunes con asientos cómodos, escritorio con material ad-hoc y ventana que permite la entrada de luz natural y no presenta ruidos ambientales, que favorecen el descanso y tranquilidad[...].”

“[...] La casa se encuentra se observa aseada, ordenada, bien cuidada e implementada como cualquier otro hogar, con equipamiento acorde a las necesidades básicas de la comunidad que alberga, incluyendo televisión como medio para la recreación y un patio amplio con algunos juegos infantiles[...].”

“[...] En la cocina se observa a una de las mujeres preparando los alimentos del día para la comunidad[...].”

Actitud que presenta la mujer:

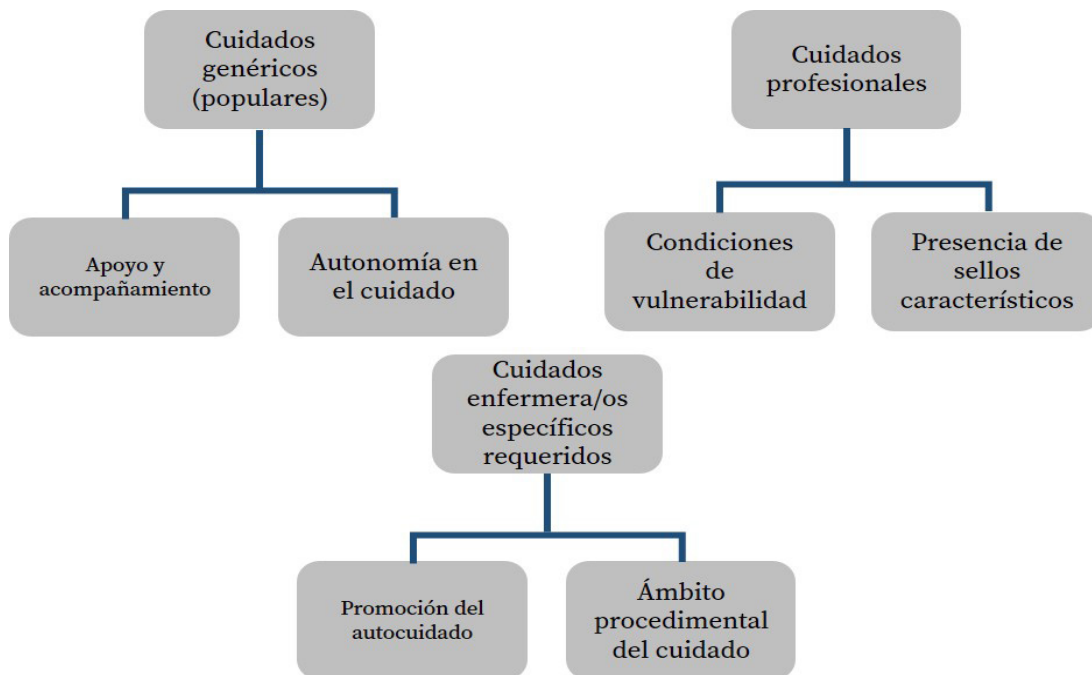
Surge además una segunda categoría desde el análisis de las notas de campo referida a la actitud que presenta la mujer, observada en el transcurso de cada entrevista, emanando como subcategorías acciones tales como nerviosismo, inquietud, intranquilidad, facie de preocupación, silencios prolongados, postura de meditación y reflexión, facie de incertidumbre, dificultad para responder, interés y atención de las participantes con la entrevista; y emociones como aflicción, tristeza, agobio y temor, sumándose a ello la presencia de fragilidad emocional, quebrantamiento permanente.

Ejemplo de ello son las siguientes notas de campo de entrevistas: ...su voz se enlentece y deja de mover las manos cuando se refiere a las amenazas de muerte por parte de su pareja...se emociona evidentemente durante la conversación, hasta llegar al llanto al finalizar la entrevista...**E1**...duda y medita ampliamente antes de responder sobre las preguntas acerca del rol enfermero, al igual que con las consultas sobre los cuidados que podría brindarle este profesional, guarda largo silencio, le cuesta responder...**E2** ...medita un instante al hablar sobre la ayuda que necesita y se observa facie de incertidumbre al abordar el tema del rol enfermero...**E3**... con facie de tristeza, suspira al señalar la necesidad que siente en relación a tener más contacto con su familia... presenta rostro de preocupación al hablar sobre sus bienes materiales, no esboza sonrisa...**E1**...mantiene contacto visual permanente con la entrevistadora, mientras relata, mantiene los pies en puntillas, se apoya y mueve la silla...**E2**...ojos expresan temor, los abre al hablar sobre la pareja, no deja de mover las manos...a lo largo de ésta su voz se advierte más quebradiza...**E3**

2. Discursos:

A partir del análisis de los discursos sobre los requerimientos de cuidados percibidos como necesarios por las mujeres emergen las siguientes categorías y subcategorías:

Figura 2: Categorías y subcategorías



Cuidados genéricos (populares):

En el análisis de la percepción de los cuidados genéricos (populares) identificados por las mujeres, aparecen relaciones que ligan a este concepto con la satisfacción de necesidades básicas de las personas, fundamentalmente en lo referente al aspecto biológico de la persona, y a su vez se presenta como primer componente el apoyo y acompañamiento brindado preferentemente por la familia, la casa de acogida y otros cercanos, reconocido por las mujeres, apuntando además en gran medida a que incide favorablemente en el aspecto psicológico de las personas y en la autonomía en el cuidado de ellas y sus hijos, aunque perciben presencia de cansancio al indicar este aspecto.

“[...] Ahora desde que estoy en la casa de acogida estoy más tranquila... me siento un poco mejor, ya no me siento tan sola tampoco, igual las encargadas de aquí, como que puedo desahogar con ellas, conversar las cosas que me pasaron [...]” E1 (baja la mirada, se quiebra la voz, se aprieta constantemente las manos)

“[...] He sido capaz de hacerlo sola [se refiere a su propio cuidado y al de sus hijos], si lo único que de repente igual me canso, si física y psicológicamente... Sí, son cosas cotidianas, pero igual son tres hijos y de repente hemos estado enfermos los cuatro, entonces allí yo apenas puedo hacerlo[...].” E2 (muestra intranquilidad, se mueve constantemente en la silla, facie de angustia y aflicción, se quiebra la voz, solloza)

“[...] Agradezco haber tenido apoyo de mi familia...apoyo moral...que me dijeron que estaba bien lo que había hecho...que me digan que lo que estoy haciendo está bien y no me voy a equivocar. Sí... me lo han dicho así, pero igual... no sé, es como que falta más en ese sentido[...].” E3 (se le quiebra la voz, hace pausas al hablar, se aprieta las manos, esboza una sonrisa)

Cuidados profesionales:

En lo referente a los cuidados profesionales las informantes señalan que estos se encuentran centrados en los aspectos biológico y psicológico de estas mujeres, identificando condiciones de vulnerabilidad como inseguridad, incertidumbre, limitación y restricción relacionadas con el desconocimiento sobre algún tema de salud en particular y a su condición de vida actual. Señalan como substancial la presencia de sellos característicos de estos cuidados como la entrega de cuidados profesionales humanizados, personalizados, empáticos y de presencia constante.

“[...] Me gustaría que fueran permanente [refiriéndose a los cuidados que podría entregarle un enfermero], o sea que esa persona esté acá, que trabaje, que trabaje acá, el trabajo que hace los enfermeros en el hospital...porque a mí me daba miedo salir para fuera...yo estuve como tres semanas encerrada aquí...que yo no veía la luz del día de la calle...afuera[...].” E1 (hace una pausa, demora en responder, muestra facie de inquietud)

“[...] Los cuidados deberían ser...no con mano dura...con...con cariño hacia los niños...debería ser comprensiva...o con uno mismo también...no puedo llorar, que me cuesta llorar, no puedo y cuando pienso en muchas cosas me da dolor de cabeza [refiriéndose a como debieran ser entregados los cuidados por un enfermero[...].” E2 (demora en responder, con facie de duda, se observa un quiebre en la voz, con facie de congoja)

“[...] Como acá estamos cuidados... [refiriéndose a que debiera existir un enfermero en forma permanente en la casa] para no salir o ir al hospital, porque allá se junta gente, para evitar así no encontrar a gente conocida que la ven a uno[...].” E3 (hace silencio, se observa nerviosa al responder, intranquila, angustiada y con facie de aflicción)

Cuidados enfermera/os específicos requeridos:

En la identificación de los cuidados enfermera/os específicos requeridos, destacan algunas acciones mencionadas por las mujeres, como la promoción del autocuidado, donde señalan la educación, capacitación, orientación, guía como acciones importantes requeridas, todas ellas orientadas a resolver preferentemente problemáticas del aspecto biológico, que abarcan de cierta manera el ámbito psicológico de los sujetos, extendiendo su necesidad a los aspectos relacionados con la crianza.

“[...] Que me oriente [refiriéndose a las acciones de cuidados enfermeros requeridos por ella]...y me diga...sabe qué haga esto...o vaya allá...o...eso, que me oriente que hacer en caso de que yo le diga... no sé...sabe, o sea... me encuentro con esta molestia, qué puedo hacer...que me diga que hacer...si ella lo puede hacer[...]" E1 (hace silencio, demora en responder, con voz baja y quebradiza responde con inseguridad, titubea)

“[...] No le he preguntado a nadie [refiriéndose a dudas en su condición de salud que podría solucionar un enfermero]...no sé...si es subida de presión...al tener calor...no sé si es subida de presión o no...No le he preguntado a nadie aquí, porque no sé, porque a veces pienso...dirán, no sabrá lo que es subida de presión o no sé, se podrán enojar o dirán ya anda molestando, una cosa así[...]" E2 (se quiebra la voz, muestra facie de intranquilidad y tristeza, baja la cabeza)

“[...] O sea, sería bueno que acá mismo tuviéramos a un enfermero [refiriéndose a la casa de acogida], como para consultas y para aprender igual[...]" E3 (demora en responder, con facie de inseguridad, responde con voz baja y quebradiza)

“[...] Necesito a alguien que escuche...pero...no se... si una enfermera habrá estudiado para escuchar a un paciente[...]" E2 (responde en voz baja, temblorosa e insegura, con facie de duda)

El ámbito procedimental del cuidado percibido por las mujeres fue relacionado con las falencias que experimentan y experiencias de vida, lo que se conecta con las condiciones de vulnerabilidad que presentan, indicando como necesarios, acciones instrumentales, de organización y supervisión.

“[...] Yo llegué acá enferma de cefalea tensional y a los días después se me enfermó la hija de faringitis, después mi hijo igual y a él le dio bronquitis, así que he andado de allá para acá en consultorio, hospital, se me ha hecho súper larga la espera de que se sanen...si hubiera aquí una enfermera encargada de todas las personas que viven acá, encargarse de cada persona, que cada una tome su medicamento a la hora...que haga el reposo que debe hacer...todo eso...que se cuiden no cierto[...]" E1 (asiente con la cabeza, esboza una sonrisa)

- Cuidado enfermero, percepción de la mujer que vive violencia de pareja
- Vinka Yusef Contreras, Mónica Illesca Pretty y Fredy Seguel Palma

“[...] Yo creo que ven las enfermedades de las personas para ver qué es lo que necesitan, que le prestan ayuda a los pacientes, por lo menos cuando van con fiebre todo eso, le toman la temperatura, las curaciones, tomar la presión, poner inyecciones o tomarle los datos [refiriéndose a acciones de cuidado enfermero que ella conoce y que podrían ser entregados en la casa] [...]” E2 (hace una pausa y piensa antes de responder con facie de inseguridad)

“[...] Cuando se enferme mi hijo...debería estar [refiriéndose a situaciones de cuidado por las que ella cree necesario que exista una enfermera en la casa considerando las condiciones de resguardo en las que las mujeres se encuentran]...no sé...por lo menos aquí las veinticuatro horas del día... permanentemente aquí porque no hay médico aquí...y aquí hay varios niños...con tos o con resfriado...cualquier cosita de esas podría ayudarme[...]” E3 (se muestra intranquila y con facie de aflicción e inquietud).

“[...] A veces hay días que duermo bien y otros duermo muy mal...no duermo casi mucho...no hago nada para solucionarlo, no recurro a nadie... [refiriéndose a aspectos de cuidado que podrían ser abordados por un enfermero] uno siempre se deja para el último, cierto, no es como cuando se enferma un hijo[...]” E2 (se muestra apesadumbrada, afligida y con facie de tristeza, se toma las manos, baja la cabeza)

DISCUSIÓN

La violencia de pareja es un problema prevalente y relevante a nivel global, carácter adquirido por la trascendencia y magnitud de las repercusiones biopsicosociales que conlleva, destacando de manera especial lo devastador que suele ser a nivel de la salud mental en las víctimas, situándolas en condición de extrema vulnerabilidad, que debe ser abordada por instituciones y profesionales pertinentes que les brinden soporte.

Las mujeres de este estudio experimentan encierro y temor, íntimamente relacionados con la agresión que han vivido, manteniéndolas sometidas a estrés, inquietud e intranquilidad permanente. Dichos hallazgos concuerdan con los emanados de otros trabajos²⁵, que indican que para las víctimas esta situación representa miedo y aprisionamiento, hecho que debe tenerse en cuenta a la hora de intervenir en la problemática de éstas y de intentar disminuir sus niveles de tensión, que sin duda se convierten en tema central frente a la entrega de cuidados y la resolución de complicaciones.

La sensación de sobrecarga en el cuidado de los hijos, la preocupación por el entorno familiar, los bienes que poseen fuera de la casa de acogida y el temor que les produce el pensar en encontrarse con su victimario o algún familiar de él, les provoca altos niveles de estrés, desgaste y deterioro psicológico, que afectan su capacidad de autocuidado y afrontamiento, tendiendo a postergarse en función del cuidado de sus hijos que llenan un amplio espacio en sus vidas, al visualizarse como únicas cuidadoras y responsables de ellos, convirtiéndolas en presa fácil del deterioro de su salud, física y psicológica, pues la resolución de las propias problemáticas no forma parte de sus prioridades²⁶⁻²⁸. Esto las hace más vulnerables a enfermedades²⁹, por el hecho de mantener su equilibrio interno alterado y por la poca iniciativa de buscar ayuda para solucionar estos temas.

La ayuda necesitada por estas personas no dista de lo expuesto en la teoría y otros estudios en que señalan aspectos biológicos y psicológicos vulnerados por la violencia ejercida sobre ellas y que concuerdan con los resultados de este trabajo. Ejemplos como la presencia de alteraciones del sueño, referido por las entrevistadas, coinciden con lo mencionado en la revisión realizada por Lalley-Chareczko³⁰, que lo describe como uno de los problemas característicos de las mujeres violentadas, con deterioro psicológico. Dicha situación incrementa la sensación de cansancio, agobio y sobrecarga frente al cuidado de sus hijos lo que además pone en riesgo a los menores, instancias que deben ser intervenidas, pues se contrastan con la postergación y la poca iniciativa de resolución de la problemática por parte de las afectadas, favoreciendo la aparición de morbilidad en ellas.

A lo antes mencionado se suma la sintomatología física que experimentan estas mujeres y que se ha descrito en la literatura, relacionada con la situación de violencia vivida³¹, hecho que concuerda con los hallazgos de este estudio, lo que sin duda incrementa los trastornos del sueño y el estrés ya existentes, ampliando el círculo vicioso, donde una manifestación trae como consecuencia otra, aumentando el daño existente, volviéndolas aún más vulnerables^{30,32}.

El daño psicológico de las informantes, que como se ha observado, involucra alteraciones del orden físico y emocional, concuerda con los patrones de otras poblaciones estudiadas, donde uno de los síntomas que aparece como resultado de la agresión en primera instancia, son las somatizaciones (presentes en las informantes de este estudio), generando la violencia de pareja a tal nivel de trastorno en las víctimas que, al no ser revertido, podría llegar a culminar en cuadros de distrés y estrés postraumático³³.

Como consecuencia de los resultados tratados anteriormente, aparecen otros hallazgos relacionados con la ayuda necesitada por las mujeres; conceptos tales como: escucha activa, contención emocional, orientación y guía, educación, capacitación, cuidado humanizado y personalizado, con actitud de aproximación espontánea, compromiso, disposición y empatía, por parte de quien les presta ayuda, y la necesidad de refuerzo y validación sobre la asertividad de sus decisiones frente a luchar contra la violencia³⁴.

La supervisión, orientación, guía, educación y capacitación emergen como necesidades de cuidado, específicas y claramente identificadas, enfocadas preferentemente a la prevención y cuidado de problemáticas relacionadas con condiciones mórbidas.

De los conceptos de cuidado emanaron aspectos relacionados al cuidado genérico (popular o tradicional) y el profesional, señalados en la teoría enfermera de Madelein Leininger¹⁶, al contrastar los resultados, se identificaron aspectos que incluyeron el apoyo, acompañamiento proveniente de distintas fuentes y la autonomía del cuidado, ambos unidos intrínsecamente a la satisfacción de necesidades básicas y a los ámbitos biológico y psicológico de las mujeres, siendo aspectos prioritarios, ya que se relacionan con la situación de vida y necesidades de ayuda que ellas experimentan. Por otra parte, los cuidados profesionales aludieron a aspectos relacionados con los medios por los cuales se da solución a las prioridades concebidas en relación con los cuidados genéricos identificados, emanando de tal concepto instancias como orientación y guía, educación, capacitación, cuidado humanizado, personalizado y permanente, además de los procedimientos instrumentales, entre otros.

CONCLUSIONES

Desde las necesidades claras de estas mujeres de requerir protección, seguridad, apoyo, orientación, guía, educación y capacitación, entre otras, se vuelve interesante la idea de formular protocolos de atención en servicios públicos y modelos de atención de enfermería específicos que guíen la práctica, para otorgar cuidados requeridos por estas mujeres y sus hijos en forma adecuada y coherente, considerando la situación particular que viven, visualizándose la necesidad de generar establecimientos de salud que cuenten con un modelo de atención intercultural pertinente e implementar sistemas de coordinación entre el actual sistema de apoyo y el sector salud donde las problemáticas de este orden deben ser prioridad.

Parece relevante plantear que la utilización de una dinámica de trabajo basada en los conceptos de la Teoría de Cuidado Transcultural y los resultados de este tema de estudio, podrían vislumbrarse como eventual modelo de acción para proporcionar cuidados específicos y particulares dirigidos a las mujeres violentadas por sus parejas y que recorren la ruta crítica.

El descubrimiento de las dimensiones descritas en este estudio es de vital importancia para la enfermera/o ya que, éste sería el medio por el cual se podrían proporcionar cuidados culturalmente pertinentes y significativos, en relación con la diversidad y universalidad de esta subcultura, para la salud y el bienestar general de sus integrantes.

REFERENCIAS

1. Feinholz D, Ávila H. Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. *El Cotidiano*. [Sitio en Internet] 2001 [Consultado 2 de marzo 2019]; 17(107):35 - 75. Disponible en: <https://bit.ly/2uBlxYF>
2. Myers D. *Psicología Social*. 2ª ed. México: McGraw-Hill/Interamericana de México; 1995. p.186-209.
3. Herrera S, Romero M. Vivencias e imaginarios femeninos que naturalizan la violencia intrafamiliar. *Index Enferm* [Sitio en Internet] 2014 [Consultado 3 marzo 2019]; 23(1-2): 26-30. Disponible en: <https://bit.ly/2RtHaTX>
4. Sagot M, Carcedo A. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: Estudios de caso de diez países. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo; 2000. pp. 89-119.
5. Valtueña J. La Violencia Intrafamiliar Análisis de una Epidemia Social. *OFFARM* [Sitio en Internet] 2007 [Consultado 4 marzo 2019]; 28(8): 26-29. Disponible en: <https://bit.ly/2uwrLt6>
6. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, Vidal A, Majdalani P, Fayanás R, Fernández A, Pérez E. Violencia doméstica contra la mujer. Una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina*. [Sitio en Internet] 2004 [Consultado 10 marzo 2019]; 64(6): 492-496. Disponible en: <https://bit.ly/2RRxWjg>
7. Nieto J, Abad M, Esteban M, Tejerina M. *Psicología para ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. 1a ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2015. p. 177-182.
8. Kislinger L. *Violencia Doméstica Contra las Mujeres*. UNIFEM. Información General América Latina y El Caribe. USA; 2005. p. 1-2.
9. Villegas M. *Violencia contra la mujer en Chile y derechos humanos*. Informe temático 2017. Facultad de Derecho Universidad de Chile; 2018. p. 33-35.
10. Centro de Derechos Humanos. *Informe anual sobre derechos humanos en Chile*. Facultad de Derecho, Universidad Diego Portales. Chile; 2018. p. 421-422.
11. Raffo S. *Intervención en Crisis*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile; 2005. p.1.
12. Ministerio de la Mujer y la equidad de Género. Santiago de Chile. Servicio Nacional de la mujer y la equidad de Género. 2019. [Sitio en Internet]. [Consultado 11 marzo 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/36ORZEE>
13. Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género. *Casas de Acogida*. 2019. Chile Atiende. Santiago de Chile. Instituto de Previsión Social. [Sitio Internet]. [Consultado 11 marzo 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/311hGR6>
14. León T, Grez M, Prato J, Torres R, Ruiz S. Violencia intrafamiliar en Chile y su impacto en la salud: una revisión sistemática. *Rev. méd. Chile* [Sitio en Internet] 2014 [Consultado 12 marzo 2019]; 142 (8): 1014-1022. Disponible en: <https://bit.ly/2tQ9pTO>
15. Ndikuno C, Namutebi M, Kuteesa J. et al. Quality of life of caregivers of patients diagnosed with severe mental illness at the national referral hospitals in Uganda. *BMC Psychiatry* [Sitio Internet] 2016 [Consultado 13 marzo 2019]; 16 (400). Disponible en: <https://bit.ly/2NYUdue>
16. Marriner A, Raile M, Tomey. *Modelos y teorías en enfermería* 7ªed. España: Mosby-Elsevier; 2011. pp. 405-421.
17. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. España: Elsevier Masson; 2010. p. 17-18.
18. Burns N, Grove K. *Investigación en enfermería*. 6ªed. Madrid: Elsevier; 2016. p. 29-30.
19. Rodríguez G, Gil J, García E. *Metodología de la investigación cualitativa*, 2ª ed. España: Ediciones Algabe; 1999. p. 16-20, 73-74.

20. Stake R. Estudio de caso. En *Handbook of qualitative research*. California USA: Sage publicaciones;1994. pp. 236-247.
21. Bioética. Código de Núremberg. Tribunal Internacional de Núremberg. Alemania, 1947. [Sitio en Internet]. [Consultado 10 enero 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/36pdz2k>
22. Miles M, Huberman A, Saldaña J. *Qualitative Data Analysis. A Methods Sourcebook*. Third Edition. Los Angeles: Sage Publication, Inc.; 2014. p. 61-102.
23. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981. p. 103-107.
24. Rodríguez E. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. *Acta bioeth*. [Sitio en Internet] 2004 [Consultado 10 enero 2019]; 10(1): 37-48. Disponible en: <http://bit.ly/2TVea7x>
25. Queiroga R, Guruge S, Barbosa MA, Pinto de Jesus MC, Egit S, Knowles L. Intimate partner violence among speaking immigrant adult Portuguese women in Canada. *Rev Esc Enferm USP*. [Sitio en Internet] 2016 [Consultado 10 noviembre 2019]; 50(6): 905-912. Disponible en: <https://bit.ly/2NZY8ag>
26. Santos R, da Silva M, Clemente dos Santos R, Pereira J, Vital T, Dias M, Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Revista Cuidarte* [Sitio en Internet] 2018 [Consultado 12 de noviembre 2019]; 9(1): 1988-97. Disponible en: <https://bit.ly/2RT5XQt>
27. Brock J, Pereira N, Matheus F, Damasceno J, Santos R, Lorenzini A. Domestic violence: repercussions for women and children, *Esc Anna Nery*. [Sitio en Internet] 2017 [Consultado 12 noviembre 2019]; 21(4). Disponible en: <https://bit.ly/36t3QlJ>
28. Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Rev Med Hered*. [Sitio en Internet] 2017 [Consultado 12 noviembre 2019]; 28:48-58. Disponible en: <https://bit.ly/2tTLumi>
29. Islam M, Jahan N, Hossain D. Violence against women and mental disorder: a qualitative study in Bangladesh. *Tropical Medicine and Health*. [Sitio en Internet] 2018 [Consultado 15 noviembre 2019]; 46:5. Disponible en: <https://bit.ly/2TUu1DU>
30. Lalley-Chareczko L, Segal A, Perlis ML, Nowakowski S, Tal JZ, Grandner MA. Sleep Disturbance Partially Mediates the Relationship Between Intimate Partner Violence and Physical/Mental Health in Women and Men. *J Interpers Violence*. [Sitio en Internet] 2017 [Consultado 15 noviembre 2019]; 32(16): 2471-2495. Disponible en: <https://bit.ly/36xgCpj>
31. Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. [Sitio en Internet] 2019 [Consultado 20 noviembre 2019]; 9(1), 178-204. Disponible en: <https://bit.ly/2tEVmAx>
32. Habigzang L, Gomes M, Zamagna L. Terapia Cognitivo Conductual para mujeres que sufrieron violencia por su pareja íntima: Estudio de casos múltiples. *Ciencias Psicológicas* [Sitio en Internet] 2019 [Consultado 22 noviembre 2019]; 13(2): 249-264. Disponible en: <https://bit.ly/2GkivLg>
33. Canaval G, González M, Humphreys J, De León N, González S. Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las Comisarias de Familia. *Invest Educ Enferm*. [Sitio en Internet] 2009 [Consultado 21 noviembre 2019]; 27(2):209-217. Disponible en: <https://bit.ly/30Scsah>
34. Palmer A., editor. Advance practice nurses: Attitudes towards reconciling abused women. *J Adv Nurs*. [Sitio en Internet] 2008 [Consultado 22 noviembre 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2GmJN3J>