



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO BARILOCHE

**Valoración del conocimiento y las actitudes referidas a Violencia de Género
por parte de los estudiantes de la carrera de Enfermería**

Autora: Enfermera Aguirre Barria Natalia Soledad

Directora: Dra. Bellotti Mariela

Co-directora: Dra. Moreno Ángela Carolina

Lugar de Trabajo: Centro Regional Universitario Bariloche, Universidad Nacional del Comahue, San Carlos de Bariloche.

Tesis presentada para Optar por el Título de Licenciada en Enfermería.

Junio 2021

DEDICATORIAS

“Quiero dedicar este trabajo a todas aquellas mujeres a las que, víctima de violencia por su condición de mujer, la sociedad le dio la espalda.

Pero sobre todo, quiero dedicárselo a todas aquellas que luchan cada día para que esa sociedad nunca más vuelva ignorarlas...”

AGRADECIMIENTOS

Agradezco ante todo a Dios, por traerme hasta esta etapa de mi vida, permitiéndome seguirme formando en esta admirable profesión, la cual trato de ejercer con dedicación, compromiso y responsabilidad.

También quiero agradecer el apoyo incondicional de mis padres y mi hermano quienes fueron mis pilares en este camino, alentándome a nunca rendirme y seguir adelante a pesar de los obstáculos, me contuvieron en mis frustraciones y celebraron mis logros. Ellos son los que hicieron que hoy me encuentre en estas instancias finales de la carrera.

Gracias a cada uno de mis profesores del Centro Regional Universitario Bariloche, ellos también formaron parte de este proceso.

Especialmente agradezco a mi Directora, Dra. Mariela Bellotti y Co Directora, Dra. Carolina Moreno, quienes desde el primer momento accedieron a formar parte de este enriquecedor equipo de trabajo, transmitiéndome sus conocimientos y experiencias con paciencia y dedicación. Me brindaron el acompañamiento necesario para poder culminar la presente tesis.

Por otro lado debo agradecer a mi pareja, por ser un compañero incondicional y por haber sido la persona que me brindo calma en los momentos de ansiedad.

A mi familia y amigas por permitirme aprender más de la vida a su lado y las incontables veces que me brindaron palabras de motivación.

Esto es posible Gracias a ustedes.

ÍNDICE

1. ABREVIATURAS	8
2. RESUMEN	9
3. ABSTRACT	10
4. INTRODUCCIÓN	11
4.1. NATURALEZA	11
4.2. ALCANCES E IMPORTANCIA	12
4.2.1. FUNCIÓN DEL ENFERMERO Y LESGILACIÓN QUE LO RIGE	13
4.3. MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	14
4.3.1. CENTROS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	16
4.4. INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO	18
4.4.1. ESTIMACIONES MUNDIALES Y REGIONALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	18
4.4.2. REGISTRO ÚNICO DE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	19
4.4.3. FEMICIDIOS EN ARGENTINA	22
4.4.4. FEMICIDIOS Y PANDEMIA	22
4.5. DESARROLLO DEL TEMA	24
4.5.1. HISTORIA DE LA VIOLENCIA	24
4.5.2. VIOLENCIA DE GÉNERO	25
4.5.3. ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL CICLO DE LA VIOLENCIA	26
4.5.4. TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	26

4.5.5. MODALIDADES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	27
4.6. VIOLENCIA DÓMESTICA	29
4.7. MOVIMIENTOS SOCIALES: NI UNA MENOS	29
4.8. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD	31
4.9. ENFERMERÍA Y VIOLENCIA DE GÉNERO. DETECCIÓN PRECOZ	33
4.9.1. IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	33
4.9.2. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN	35
4.9.3. DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO	36
4.9.4. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO	38
4.10. DESIGUALDAD DE GÉNERO	39
4.11. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (ESI)	39
4.11.1. EDUCACION SEXUAL INTEGRAL Y EL ROL DOCENTE	40
4.12. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNIVERSIDADES: PROTOCOLOS PARA SU PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN	42
4.12.1. PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA UNCo	44
4.13. NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN/ ABUSO SEXUAL. HOSPITAL ZONAL BARILOCHE INSTRUCTIVOS PARA EQUIPOS DE SALUD	44
4.14. OBJETIVO GENERAL	44
4.14.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44

5. MATERIALES Y MÉTODOS	46
5.1. LUGAR DE ESTUDIO	46
5.2. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	46
5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS	46
5.4. VARIABLES	47
5.5. AUTORIZACIONES PREVIAS	47
5.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
5.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	48
5.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	48
6. RESULTADOS	50
6.1. DATOS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMÓGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA	50
6.2. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO	58
6.3. ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO	67
7. DISCUSIÓN	77
7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA	77
7.2. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO	80
7.3. ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO	88

8. CONCLUSIÓN	92
9. TRABAJOS A FUTURO	94
10. BIBLIOGRAFÍA	95
11. FIRMAS	108
12. ANEXOS	109
12.1. ANEXO I PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL ANTE DENUNCIAS POR SITUACIÓN DE VIOLENCIA SEXISTA EN EL ÁMBITO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE	109
12.2. ANEXO II PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE VÍCTIMAS DE VIOLACIONES SEXUALES. INSTRUCTIVO PARA LOS EQUIPOS DE SALUD HOSPITAL ZONAL BARILOCHE.	113
12.3. ANEXO III AUTORIZACIÓN DEL SECRETARIO ACADÉMICO	118
12.4. ANEXO IV AUTORIZACIÓN DE LA COORDINADORA DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA	119
12.5. ANEXO IV CUESTIONARIO	120

1. ABREVIATURAS

CRUB: Centro Regional Universitario Bariloche.

CEDAW: Acrónimo en Inglés de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women).

CIN: Consejo Interuniversitario Nacional.

INAM: Instituto Nacional de las Mujeres.

INDEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

NNyA: Niños, Niñas y Adolescentes.

OEA: Organización de los Estados Americanos.

OFDPN: Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación.

OFAVI: Oficina de Atención a la Víctima.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

RUCVM: Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres.

RUGE: Red Universitaria de Género.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

SAT: Servicio Asistencial Territorial.

UNCo: Universidad Nacional del Comahue.

VDG: Violencia de Género.

2. RESUMEN

Objetivo: Valorar los conocimientos y actitudes referidas a Violencia de Género (VDG) por parte de las/os estudiantes universitarias/os de la carrera de enfermería.

Metodología: Estudio cuantitativo descriptivo observacional, con diseño no experimental, de corte transversal. Participaron 125 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de primer, tercer y quinto año, del segundo cuatrimestre, del Centro Regional Universitario Bariloche. Como instrumento, se desarrolló un cuestionario anónimo autoadministrado respondido por los estudiantes de enfermería de manera voluntaria.

Resultados: Las/os estudiantes de enfermería consideran que poseen un nivel de conocimiento “medio” sobre violencia de género. Manifestaron que las materias que cursaron en la Universidad no les brindaron las herramientas y/o acciones necesarias para identificar situaciones de VDG. Como futuras/os profesionales de enfermería, las/os estudiantes mantendrían una actitud en estado de alerta ante la posibilidad de un diagnóstico de malos tratos. Identificaron como el mayor problema para detectar casos de VDG, la falta de interés y temor de la víctima en ser reconocida como tal y consideran que la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VDG es la difusión (charlas, talleres etc. sobre VDG) a la comunidad.

Conclusión: Se plantea la necesidad de capacitación en el tema a las/os estudiantes. La formación académica podría mejorar la percepción del problema, por lo que sería deseable reforzar su inclusión en el plan de estudios y el entrenamiento de habilidades concretas.

Palabras claves: Violencia contra la mujer, saberes del alumnado de enfermería, perspectiva de género, cuestionario.

3. ABSTRACT

Objective: To assess the knowledge and attitudes related to Gender Violence (GBV) on the part of the university students of the nursing career.

Methodology: Observational descriptive quantitative study, with non-experimental design, cross-sectional. 125 students of the Nursing Degree in the first, third and fifth years, from the second semester, from the Bariloche Regional University Center participated. As an instrument, a self-administered anonymous questionnaire was developed, answered voluntarily by nursing students.

Results: Nursing students consider that they have a “medium” level of knowledge about gender violence. They stated that the subjects they took at the University did not provide them with the tools and / or actions necessary to identify GBV situations. As future nursing professionals, the students would maintain an alert attitude to the possibility of a diagnosis of abuse. They identified as the biggest problem in detecting GBV cases, the victim's lack of interest and fear in being recognized as such and consider that the main improvement proposal for the detection of GBV cases is dissemination (talks, workshops, etc. about VDG) to the community.

Conclusion: The need for training on the subject is raised for students. Academic training could improve the perception of the problem, so it would be desirable to reinforce its inclusion in the curriculum and training of specific skills.

Keywords: Violence against women, knowledge of nursing students, gender perspective, questionnaire.

4. INTRODUCCIÓN

4.1. NATURALEZA

El presente trabajo se llevó a cabo en el Centro Regional Universitario Bariloche (CRUB) dependiente de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina.

El CRUB desempeña su función en el ámbito académico desde el año 1972. Cuenta actualmente con el dictado de nueve carreras completas, y los dos primeros años de varias ingenierías. Entre las carreras que se dictan completas, se encuentra la Licenciatura en Enfermería, que otorga el título de “Licenciada/o en Enfermería” luego del cursado y aprobación de su currícula. Esta carrera tiene una duración de cinco años. Durante el transcurso de la carrera es posible obtener un título intermedio de “Enfermera/o” con tres años de cursado y aprobación de los contenidos curriculares. El objetivo de esta carrera es “la formación de profesionales que presten una atención de la salud de calidad, por lo que se requiere que tenga un amplio conocimiento de las políticas generales de salud, de manera de poder insertarse plenamente, con profundos conocimientos propios de la Enfermería, con espíritu crítico y creativo, y con un alto componente ético y humanístico al campo laboral” (CRUB, 2006). Enfermería acompañó la evolución histórica - estructural del proceso de salud - enfermedad en el mundo, inclusive antes de su profesionalización en el siglo XIX, colocándose en una posición dentro de una línea humanística de vanguardia, Contando con una buena contribución de las áreas correlacionadas a las ciencias humanas. La enfermería continuó en esta línea de formación, como una forma de ser independiente del saber médico técnico frente a sus acciones de cuidado (Kohlrausch, 1999). Siempre que visualizamos la promoción de la salud, pensamos también en la enfermedad, siendo estos conceptos interdependientes, los cuales, en un ritmo dialéctico, tienden a aproximarnos o alejarnos de la función de enfermería. Los cambios político - económicos, la reorientación de la finalidad del trabajo, la división de las clases sociales y la creciente proliferación de enfermedades epidémicas fueron factores que reformularon los conceptos con respecto a las condiciones de salud y de enfermedad reorientando al mismo tiempo, las formas de intervención por parte de las/los enfermeras/ros (García, 1989; Silva-Junior, 1996)

4.2. ALCANCES E IMPORTANCIA

La Violencia de Género (VDG) es un fenómeno extremadamente complejo, que afecta al mundo entero, resultando difícil su solución, a pesar de la existencia de normas y leyes que continuamente intentan abordar esta problemática salvaguardando la integridad de las personas. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) definió a la VDG como “Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (ONU, 1993).

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, conocida como Convención de Belém do Pará, define a la violencia contra la mujer como cualquier acción o conducta que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer por su género, tanto en el ámbito público como en el privado (OEA, 1994). Resulta evidente que la VDG es un problema de salud pública que requiere de políticas eficaces desde todos los ámbitos de la sociedad, del que la enfermería debe ser partícipe (OEA, 1994). En salud pública, la prevención primaria involucra acciones que se llevan a cabo en la comunidad, y si hablamos de prevención primaria implica, necesariamente, conseguir un cambio en el modelo social, de manera que se igualen los derechos de las/os ciudadanas/os. Para ello, enfermería cuenta con herramientas tales como la educación para la salud, que en el ámbito comunitario puede dirigirse a todos los sectores de la población. La prevención secundaria y terciaria implican mejorar la respuesta institucional frente a los casos de VDG. La detección precoz es fundamental y enfermería como profesión tiene un lugar privilegiado por su labor asistencial. La VDG debe ser un tema transversal en la formación profesional de las/os enfermeras/os que les permita identificar los signos, síntomas y conductas indicadores de VDG (García et al., 2008; Ministerio de Salud, 2010).

Este trabajo permitió determinar el conocimiento y la actitud que poseen las/os estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Enfermería frente a situaciones de VDG. La atención de la mujer maltratada que acude a los servicios de salud requiere que el

personal de salud tenga conocimientos, sensibilidad y la capacitación suficiente para atenderla; dado que los profesionales enfermeros son los primeros en establecer contacto directo con las mujeres, ellos no pueden permanecer ajenos a esta problemática. Su intervención es necesaria en las etapas de prevención, detección, tratamiento y la orientación. Es imprescindible un abordaje integral y coordinado.

Los servicios de salud, especialmente, los centros de Atención Primaria, son un entorno óptimo donde todos los profesionales de salud y en especial enfermeras/os, tienen un papel fundamental en la identificación de casos de VDG. Esto se debe a que muchas veces es el primer y único lugar donde acuden las mujeres que sufren esta violencia, con el fin de contar su situación en busca de apoyo, de que alguien las escuche y les ofrezca información y recursos (García-Moreno et al., 2015).

El papel que tiene el personal de salud en materia de violencia de género no solo es de detección precoz y atención a la mujer, sino que también tiene la función de prevenir dicha violencia mediante intervenciones de educación en las escuelas y otros ámbitos de la comunidad (Pérez-García & Manzano-Felipe, 2014).

4.2.1. FUNCIÓN DEL ENFERMERO Y LEGISLACIÓN QUE LO RIGE

El Consejo Internacional de Enfermería, como la más antigua organización profesional internacional en el tema, ha clasificado las funciones fundamentales de la enfermería en cuatro áreas: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento (Kelly & Joel, 1999).

La enfermería articula conocimientos técnico-científicos, ético-legales y de relación interpersonal. En las intervenciones que realiza la/el enfermera/o surge otro elemento de competencia profesional fundamental, la relación enfermera/o-paciente, donde no sólo se desarrollan herramientas y habilidades de comunicación terapéutica, sino también un vínculo con el otro, que puede ser un individuo, una familia o una comunidad (Phaneuf, 1993). La enfermería se centra en el cuidado de la salud y de la vida (Lagoueyte-Gómez, 2015). La/el enfermera/o dirige su atención a identificar las respuestas humanas y se centra en las necesidades fundamentales. Estos cuidados se suministran en los diferentes niveles de intervención, primario (promoción y prevención de la salud), secundario (curación y/o limitación del daño) o terciario

(rehabilitación y cuidados para el final de la vida). La enfermería puede actuar en cualquiera de sus dimensiones, es decir, en la investigación, la administración, la docencia o la asistencia (Phaneuf, 1993).

El desarrollo de modelos de cuidados enfermeros permite una conceptualización o visión fundamentada de la enfermería para definir su naturaleza, misión y objetivos, centrando el pensamiento y actuación desde un determinado marco conceptual (Bellido & Lendínez, 2010). Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación (Lagoueyte-Gómez, 2015).

Lo expuesto determina los campos de acción de la enfermería desde todos sus ámbitos de atención. Es por esto que el personal de enfermería debe contar con el conocimiento y las actitudes para brindar cuidados óptimos y eficaces centrados en el bienestar del paciente. Por tal motivo, tiene que tener una actitud en estado de alerta ante un posible caso de VDG con la finalidad de dirigir y planificar acciones dentro de un marco legal, establecido por las normativas vigentes de acuerdo al lugar en donde desempeñe sus labores. Las/os Profesionales de enfermería de la provincia de Río Negro se rigen por la Ley Nacional de Ejercicio de la Enfermería N° 24004/1991 y la Ley Provincial de Ejercicio de la Enfermería N° 2999/1996.

4.3. MARCO LEGAL DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Durante las últimas cuatro décadas el estado nacional argentino ha ratificado los convenios y tratados internacionales adoptados sobre violencia contra las mujeres. Entre ellos cabe mencionar los siguientes:

En el ámbito internacional:

- ❖ La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y ratificada por el Estado argentino en 1985. Sus consideraciones fueron incorporadas a la Constitución de la Nación Argentina (Ley Nacional 24430, 1994).

- ❖ La Recomendación n° 19 de la CEDAW, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres durante el período de sesiones del año 1992, en la que se reconoce que la violencia contra la mujer es una de las formas que adopta la discriminación, que impide que las mujeres puedan gozar de sus derechos y libertades en una relación de igualdad con el hombre.
- ❖ La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, aprobada en 1994 en Belém do Pará, Brasil, por la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA) e incorporada en el derecho nacional mediante la Ley 24632/1996 (Barrancos, 2015).
- ❖ El Estatuto de Roma, adoptado en 1998 por la Corte Penal Internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), aprobado en la Argentina de acuerdo con la Ley Nacional 25390/1991.

En el ámbito nacional:

- ❖ La Ley Nacional 24417/1994 de Protección contra la Violencia Familiar que establece medidas cautelares para proteger a las personas en esa situación. Esta Ley fue replicada por distintas leyes provinciales durante la década de 1990.
- ❖ La Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales Ley Nacional 26485/2009, establece como principios rectores la adopción de medidas para sensibilizar a la sociedad mediante la promoción de valores de igualdad, la no legitimación de la violencia contra las mujeres, la asistencia integral y oportuna para quienes sufren cualquier tipo de violencia, para asegurar un acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz a los servicios creados con este fin, así como la promoción del castigo y la rehabilitación de aquellos que ejercen la violencia. En este sentido, establece la necesidad de diseñar e implementar registros de situaciones de violencia contra las mujeres,

de manera ínter jurisdiccional e interinstitucional, que contemplen la definición y el cálculo de indicadores básicos, la promoción y el desarrollo de un criterio de selección de datos, un modo de registro y la difusión de la información (Ley 26485, 2009).

- ❖ En cumplimiento con la Ley 26485/2009, y tal como se mencionó, el 12 de septiembre de 2012 el actual Instituto nacional de Mujeres (INAM) firmó un convenio con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) para que este generara información estadística acerca de la violencia contra las mujeres, mediante la implementación de un registro único a nivel nacional, que reuniera los datos dispersos en diferentes organismos, tanto de jurisdicción nacional como provincial o municipal, que asistiera y registrara casos de violencia hacia las mujeres basados en su condición de género, creándose de esta forma el Registro Único de Casos de Violencia contra Mujeres (RUCVM).

En el ámbito provincial:

- ❖ En 2007 se difundió la Ley Provincial 4241, que crea el “Programa Provincial de prevención, erradicación y atención de la violencia en el ámbito de las relaciones familiares” en el cual se describen todos los mecanismos de acceso a la justicia disponibles para los casos de violencia intrafamiliar.
- ❖ Por otra parte, mediante la Ley 4510/2010 se crearon, en el ámbito de la Policía de Río Negro, las Oficinas Tutelares de la Mujer, el Niño y la Familia, que intervienen en los delitos en los que resultaren víctimas mujeres y menores, las cuales han sido reemplazadas por las Comisarías de las Familia y las Oficinas de Asistencia a las Víctimas (OFAVI), que dependen del Ministerio Público Fiscal.

4.3.1. CENTROS DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La OFAVI en Río Negro está formada por un equipo interdisciplinario integrado por psicólogos, asistentes sociales y psicopedagogos que buscan contener, acompañar, orientar y asesorar a víctimas de delitos.

Realiza actividades tales como:

- ❖ Interviene antes/ durante/ después de efectuar la denuncia.
- ❖ Aborda de forma integral los conflictos planteados en cada delito teniendo en cuenta las problemáticas que se asisten.
- ❖ Trabaja en red con otras instituciones estatales para brindar una respuesta global que prevenga nuevas situaciones delictivas.
- ❖ Interviene de forma interdisciplinaria en delitos contra la integridad sexual, violencia de género (que incluye amenazas, lesiones leves y graves, impedimento de contacto, incumplimiento de deberes de asistencia familiar), homicidios, delitos contra propiedad y todos aquellos que vulneren los derechos de la víctima y su grupo familiar (Ministerio Público Fiscal, 2009).

Además la localidad de San Carlos de Bariloche cuenta con la Comisaría de la Mujer la misma comenzó a funcionar en el año 2010.

La Ley (4241/2007) regula los vínculos familiares, y es a través de ella que se obtienen medidas cautelares. El procedimiento inicia con la toma de la denuncia; se realiza la evaluación de riesgo y si corresponde la aplicación de la Ley, el equipo interdisciplinario adjunta a la denuncia un pre diagnóstico para que el Juzgado pueda ordenar la medida cautelar, como por ejemplo, la exclusión del hogar o una prohibición de acercamiento. Sobre los mecanismos de actuación, se creó un protocolo de actuación, en conjunto con otras instituciones como el Consejo Provincial de la Mujer, el Servicio Asistencial Territorial (SAT) y la Oficina de Género y Casa Refugio del Municipio. Por tanto ante una situación de riesgo inminente, se trata de brindarle a la víctima una contención psicosocial las 24 horas y la derivación a un lugar de alojamiento en el caso de ser necesario, el alejamiento de su hogar. También se cuenta con la línea telefónica 144 que brinda asesoramiento constante y la comisaría de la Familia y la Mujer, que se encuentra abierta las 24 hs. para responder a las necesidades de la población.

Adicionalmente, debemos resaltar grupos de atención a la VDG abiertos en algunos hospitales de la provincia (Viedma, Cipolletti, Bariloche, entre otros), y que también

forman parte de la red de servicios. Los mismos no son reconocidos en los organigramas generales de esos centros de salud, a pesar de contar con personal especializado y un lugar específico para funcionar. Esto ejemplifica las dificultades y/o resistencias que tienen los organismos públicos de integrar los servicios de violencia dentro de sus estructuras normalizadas (Heim & Picone, 2018).

4.4. INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En relación a la incidencia mundial de VDG, los datos de la ONU, señalan que en promedio una (1) de cada tres (3) mujeres ha padecido violencia física o sexual en una relación íntima a lo largo de su vida y una de las principales estrategias de control de los perpetradores de violencia doméstica es la de aislar a la víctima (ONU, 2020). Actualmente, la cuarentena y las medidas de aislamiento para prevenir el coronavirus COVID-19 pueden generar mayores riesgos para las mujeres que viven en situaciones de violencia doméstica (ONU, 2020).

Florencia Raes, representante de la ONU mujeres para Argentina y Paraguay aseguró que *“Si bien en la región se han potenciado las líneas de atención de casos de violencia, estos han incrementado y los femicidios no cesan. Se trata efectivamente de otra pandemia a atacar. Es fundamental tener datos disponibles, más refugios y protocolos específicos, apoyar a las organizaciones y redes de mujeres, y capacitar a la policía”* (ONU, 2020).

4.4.1. ESTIMACIONES MUNDIALES Y REGIONALES DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La OMS distingue entre dos formas de violencia contra la mujer: la violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y la violencia infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia no conyugal) (OMS, 2013a).

Los datos que esta organización compila pueden resumirse en los siguientes puntos:

- ❖ Globalmente, el 35% de las mujeres del mundo entero han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja. Aunque las mujeres pueden estar

expuestas a muchas otras formas de violencia, esta cifra ya constituye un elevado porcentaje de la población femenina mundial.

- ❖ En su mayor parte, se trata de casos de violencia conyugal. En todo el mundo, casi un tercio (el 30%) de todas las mujeres que han mantenido una relación de pareja han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja. En algunas regiones, esta cifra puede llegar a ser de hasta el 38%.
- ❖ A nivel mundial, el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal.
- ❖ Las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con bajo peso, más del doble de probabilidades de sufrir un aborto, casi el doble de probabilidades de padecer una depresión; en algunas regiones (Sudáfrica), son 1,5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal (OMS, 2013a).
- ❖ A nivel mundial, el 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja. Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de los datos existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2,3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad (OMS, 2013a).

4.4.2. REGISTRO ÚNICO DE CASOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

El Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres (RUCVM), el Instituto Nacional de las Mujeres (INAM) y el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC) trabajan en conjunto con el objetivo de recabar información que permita generar políticas públicas que resulten en dar asistencia a las mujeres víctimas de VDG. Los resultados estadísticos de este registro del período 2013-2017 indican que:

- ❖ La violencia contra la mujer -especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual- constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres.
- ❖ En el 82,7% de los casos de violencia, el vínculo de la víctima con el agresor es de pareja (45,8%) o de ex pareja (36,9%). Esta situación se da en todos los grupos de edad de las mujeres analizadas, que iban de 14 años en adelante.
- ❖ Los casos de mujeres que tienen entre 20 y 29 años son los que están más representados en la base RUCVM (30,8%), seguidos de los que corresponden a mujeres que tienen entre 30 y 39 años de edad (29,4%). Ambos suman el 60,2% del total de casos registrados e informados al INDEC.
- ❖ Los casos de mujeres de 14 a 19 años de edad constituyen el grupo con menor representación en el total de casos. En este sentido hay que tener en cuenta que algunas instituciones reciben denuncias sólo de mujeres de 18 años o más.
- ❖ En relación directa con el tipo de consulta realizado por las mujeres, el 71,3% de los casos corresponde a la búsqueda de asesoramiento, orientación y asistencia por parte de las mujeres (evaluado a partir de los 14 años de edad). En segundo término, se encuentran las denuncias judiciales (16,9%) y, en proporciones aún menores, las correspondientes a presentaciones policiales y a consultas realizadas para la atención de la salud de las víctimas. Estas dos últimas suman menos del 5% (INDEC, 2018).

Se analizaron también los datos de la serie 2013-2018. En los mismos se han incluido datos de nuevos organismos, o incluso se ha recuperado la de años anteriores, por lo que los parámetros presentados no deben interpretarse como evolución de los casos de violencia contra las mujeres respecto de los datos anteriores (INDEC, 2019).

Los resultados estadísticos del periodo 2013-2018 indican que:

- ❖ En el período 2013-2018, la base RUCVM ha reunido 576.360 casos acumulados de violencia contra las mujeres. Los casos que fueron

incorporados a la base RUCVM durante 2018 suman 316.204 y representan el 54,9% del total al 31 de diciembre de 2018.

- ❖ En cuanto al tipo de registro, el 42,6% de los casos corresponden a la búsqueda de asesoramiento, orientación y asistencia por parte de las mujeres consideradas a partir de los 14 años de edad. Luego se encuentran las denuncias policiales (27,4%), las denuncias judiciales (21,8%) y, en menor proporción, las llamadas de emergencia (4,7%) y la atención médica de las víctimas (1,9%).
- ❖ Respecto a la edad de la víctima, los casos de mujeres que tienen entre 18 y 39 años de edad son los que están más representados (66,6%).
- ❖ En cuanto a la edad del agresor, se cuenta con información para el 57,6% de los casos. De estos, el 60% tienen entre 20 y 39 años y el 20,6% tienen entre 40 y 49 años.
- ❖ Se cuenta con datos sobre el vínculo de la víctima con el agresor en el 67,6% de los casos. De estos, el 82,1% corresponden con un vínculo de pareja o ex pareja (43,0% y 39,1%, respectivamente). Esta situación se da en todos los grupos de edad. A partir de los 50 años cobran relevancia los hijos como agresores en el 48,2% de los casos.
- ❖ En cuanto a los tipos de violencia, predomina la violencia psicológica (86,0%), seguida de la física (56,3%), la simbólica (20,1%), la económica y patrimonial (16,8%) y la sexual (7,5%). En el 52,9% de los casos informados al INDEC, las mujeres declaran que sufren más de un tipo de violencia en forma simultánea.
- ❖ La modalidad de violencia tiene información en el 57,3% de los casos. De estos, la más informada es la doméstica (97,6%) (INDEC, 2019).
- ❖ Los datos del RUCVM correspondientes al período 2013-2018 muestran 576.360 casos de violencia por razones de género, de los cuales 326.917 (56,7%) registraron el número de documento de identidad de la víctima (DNI). El DNI permite un seguimiento de la víctima en los registros existentes.

- ❖ Del total de casos relevados, el universo de mujeres víctimas de la violencia basada en el género que fueron identificadas por el RUCVM entre 2013 y 2018 es de 242.872 mujeres de 14 años y más. De dicho total, 196.810 realizaron una única denuncia o consulta (81,0%). En el otro extremo, 571 mujeres presentaron más de diez solicitudes de atención (INDEC, 2019).

Las modificaciones e incorporaciones que se han podido registrar en el análisis del RUCVM evidencian la dificultad de obtener datos precisos sobre la temática, como también el difícil acceso a fuentes validadas.

4.4.3. FEMICIDIOS EN ARGENTINA

Desde el año 2016, el Observatorio de Femicidios de la Defensoría del Pueblo de la Nación (OFDPN), elabora un registro de datos estadísticos de los femicidios cometidos en Argentina.

Durante el 2020, se registraron 295 víctimas de femicidio confirmadas, incluyendo 29 femicidios vinculados, 8 personas trans y 5 suicidios feminicidas. Los datos evidencian el aumento de femicidios en comparación con los registros de los años anteriores: en 2018 se registraron 281 casos y en el 2019, fueron 280 los femicidios (OFDPN, 2020).

La tasa de femicidios es un indicador del bajo nivel de protección de los derechos y libertades de las mujeres y del alto nivel de discriminación de la sociedad, tanto en Argentina como en el mundo. Cuando se mata a una mujer se reproduce un mensaje hacia el resto de las mujeres que desafían el sistema de dominación masculina. A su vez, la impunidad de los autores de femicidio genera la creencia de que la violencia es tolerada, promoviéndola y promoviendo también un orden social de género, el cual tiende a perpetuar la subordinación de las mujeres (OFDPN,2020).

4.4.4. FEMICIDIOS Y PANDEMIA

La pandemia -con todas sus implicancias socio ambientales-, y las medidas de aislamiento para prevenir la propagación del Coronavirus COVID-19, han contribuido durante el 2020 al aumento de los casos de violencias hacia las mujeres y niñas y de

los femicidios. Desde el 20 de marzo de 2020, en la línea 144 de ayuda por violencia de género y familiar, recibieron un 25% más de llamados y en la 137 subió un 20% (OFDPN, 2020).

Este aumento se ve reflejado también en la cantidad de femicidios. La tendencia sostenida desde hace años indica que el lugar más inseguro para las mujeres es su propio domicilio, y la situación de confinamiento de la víctima con su victimario llevó a las mujeres a quedar atrapadas con su propio agresor (OFDPN, 2020).

Dentro de las características principales de las víctimas de femicidio, en lo que refiere al rango etario, el dato se pudo recopilar en un 100%. Se detectaron 41 víctimas menores de 18 años, de las cuales 21 tenían menos de 12 años. Del universo total, la mayoría de las víctimas tenía entre 31 y 50 años, representando el 37,6% (OFDPN, 2020).

En cuanto al vínculo, se pudo determinar que predominaba la existencia de una relación previa entre la víctima y el victimario. La mayoría de los femicidios se producen dentro de un vínculo de pareja o por haber tenido una relación íntima, así como también en el seno familiar. Solo en 42 casos las mujeres fueron atacadas por desconocidos durante 2020 (OFDPN, 2020).

Sobre la modalidad: de las 295 víctimas de femicidio, 27 mujeres fueron violadas, y 4 de ellas fueron violadas hasta la muerte como única modalidad. El apuñalamiento, el uso de armas de fuego y los golpes fueron los métodos más empleados. Todas las modalidades reflejan el ensañamiento en la violencia empleada para asesinar las mujeres por el hecho de ser mujer (OFDPN, 2020).

Si bien durante el año aumentaron significativamente los pedidos de asistencia de las víctimas de violencia de género a las instituciones, el porcentaje de víctimas que denuncian a su agresor previamente a ser asesinadas es bajo. Igualmente, para ellas, los dispositivos de asistencia fueron insuficientes. Muchas de las familias de las víctimas reclaman que las mujeres fueron ignoradas en múltiples ocasiones al intentar denunciar a sus agresores (OFDPN, 2020).

4.5. DESARROLLO DEL TEMA

4.5.1. HISTORIA DE LA VIOLENCIA

La violencia es un fenómeno que ha acompañado y ha ido acorde a la historia de la humanidad. De hecho, el libro del Génesis en la Biblia comienza sus páginas con el asesinato de Abel por su hermano Caín (González-Mínguez, 2008). En la misma línea, discursos religiosos consideran a las mujeres seres inferiores sometidas a la voluntad del varón, como “la tentación”, un ser que envuelve y hechiza a los hombres con sus encantos o también como seres malos y peligrosos. Las religiones han sido un instrumento para mantener la desigualdad entre hombres y mujeres, la sociedad actual ha convivido desde siempre con las ideas religiosas que establecían que las mujeres eran seres inferiores. Las religiones han perpetuado una imagen de la mujer y del hombre con roles diferentes. La religión, en muchos casos, mantiene la imagen de mujeres reproductoras; posteriormente, añade la función de la mujer como cuidadora de la familia. De hecho, en el inicio de todas las religiones, la mujer no es un humano completo.

Desde la religión católica (predominante en Argentina) la doctrina de la Iglesia ha mantenido que las mujeres no somos iguales y en muchos casos fueron consideradas un instrumento del demonio. No olvidemos que la Santa Inquisición se dedicó fundamentalmente a quemar a las brujas, que eran las herbolarias, las mujeres que tenían en sus manos el saber de la medicina. Las atacan llamándolas brujas y las acusan de invocar al demonio. En este sentido cabe mencionar las quemaduras de las brujas como un hecho de violencia colectiva (De Miguel Álvarez, 2005). En la religión católica también influye el complejo de culpa, con unos deberes sagrados para las mujeres, como el de la maternidad, que llevan a establecer que la mujer que no tiene hijos no es una mujer completa. El hombre queda fuera desde ese dictado. Además, la desigualdad aparece en el magisterio, cuando los ministros de la Iglesia son siempre hombres. Así, los que mandan son siempre hombres y las mujeres pasan a ser las personas que siempre obedecen unos dogmas y una doctrina elaborados por hombres. “A lo largo del tiempo, se encuentra un inmenso listado de obras literarias

en las que se justifica de alguna forma la violencia hacia la mujer, como por ejemplo las enseñanzas de Zaratustra que postula en uno de sus capítulos ¿Vas con mujeres? ¡No olvides el látigo! Incluso filósofos como Locke, Rousseau o Kant establecen la inferioridad de la mujer y su sumisión ante el varón” (De Miguel Álvarez, 2005: 236pp).

La desigualdad de las mujeres en la religión católica es muy importante, pero aún es mucho más marcada en religiones como el islam o el hinduismo.

Otro aspecto a señalar son los refranes populares, en muchos de los cuales se observa cómo la mujer queda relegada a un segundo plano, como un ser que puede sufrir todo tipo de malos tratos y a la que se le reduce al ámbito exclusivamente doméstico. “A la mujer y a la burra, todos los días zurra”, “La mujer y la sartén, en la cocina están bien” o “La mujer tiene derecho, si se mantiene en su techo” son algunos de estos ejemplos (González-Mínguez, 2008).

Pocos son los historiadores que hicieron referencia a la mujer como grandes personajes de la historia; destacan entre ellas Juana de Arco, Agustina de Aragón, María de Molina o Isabel la Católica, entre otras (González-Mínguez, 2008).

A pesar de todo esto, es importante señalar que la mujer ha luchado por su emancipación y reconocimiento, surgiendo de este modo fuertes movimientos feministas como el de los años 60, desde el que se proyectó el concepto de patriarcado como un sistema de dominación sobre las mujeres (De Miguel Álvarez, 2005), el cual tiene su expresión extrema en la VDG. El patriarcado representa en sí mismo un orden violento (Barrancos, 2015).

4.5.2. VIOLENCIA DE GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la violencia de género es un problema prioritario en salud pública, y requiere de intervenciones conjuntas desde todos los ámbitos educativos, sociales y sanitarios (OMS, 2003).

El artículo 4º de la Ley 26.485/2009 de Argentina define la violencia contra las mujeres como *“toda conducta, acción u omisión que [...] afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal”*. La misma Ley también incluye una definición de violencia

indirecta que refiere a: [...] *toda conducta, acción u omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón* (Ley 26485, 2009).

4.5.3. ANÁLISIS SOCIOLÓGICO DEL CICLO DE LA VIOLENCIA

La violencia como forma de relación social y fenómeno universal tiene sus especificidades en los espacios en que se produce, genera víctimas de las más disimiles características sociales, y ocasiona costos mortales y no mortales para la salud de las personas que la padecen, y de quienes le rodean (Hernández Pita 2014). El ciclo de la violencia es lento, a veces dura muchos años y pasa por distintas fases; primero es el insulto, el chantaje, el aislamiento de la mujer ante su familia y amigos; después la humillación y finalmente «el golpe». Después la petición de perdón del agresor a la víctima. La víctima entra en un círculo vicioso, basado en el afecto y la dependencia hacia el agresor. La mujer siempre piensa que es la culpable, que él va a cambiar y así, la víctima empieza a perder amistades, a perder el contacto con su familia y a perder hasta el trabajo.

El agresor se crece, cuanto más control tiene, más poderoso se siente; pero su poder lo asienta en el miedo, la víctima tienen miedo, miedo a morir, a ser golpeados, viven en un permanente estado de indefensión, las mujeres son incapaces de dar respuesta a las agresiones que están sufriendo, se culpabilizan de la situación, a que las denuncias no surten efecto, a que la sociedad los mire mal, a verse en la calle y sin recursos.

Para el abordaje de la violencia como problema social, de salud y de derecho todas las instituciones jurídicas, policiales, educativas, de salud y las vinculadas directas o indirectamente con este problema universal deben dar respuesta real (y no formal) definitiva con acciones efectivas.

4.5.4. TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

En el artículo 5º de la Ley N° 26485/2009 se definen los siguientes tipos de violencia:

1. "Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.
2. Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación y aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.
3. Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.
4. Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de: a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes; b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales; c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.
5. Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las

relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad” (texto extraído de la Ley 26485, 2009).

4.5.5. MODALIDADES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

En el artículo 6° de la Ley N° 26485/2009 se definen las modalidades de la violencia, es decir, las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres según los diferentes ámbitos en que ellos se producen. A continuación, se reproduce el texto de dicho artículo:

- ❖ “Violencia doméstica contra las mujeres: aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia.
- ❖ Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.
- ❖ Violencia laboral contra las mujeres: aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral.

- ❖ Violencia contra la libertad reproductiva: aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- ❖ Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (texto extraído de Ley 26485, 2009).

4.6. VIOLENCIA DÓMESTICA

La violencia doméstica, también llamada violencia de pareja, ocurre entre personas que tienen una relación íntima. La violencia doméstica puede adoptar muchas formas, entre ellas, el abuso emocional, sexual y físico, y las amenazas de abuso. La violencia doméstica puede darse en relaciones heterosexuales u homosexuales.

Las relaciones abusivas siempre conllevan un desequilibrio de poder y control. El abusador usa palabras y comportamientos intimidatorios e hirientes para controlar a su pareja.

Puede que no sea fácil identificar la violencia doméstica al principio. Aunque algunas relaciones son claramente abusivas desde el principio, el abuso suele comenzar de manera sutil y empeora con el tiempo.

La violencia doméstica no es un problema individual y que sólo afecta a las mujeres, sino que es un problema social que afecta a toda la sociedad y que hemos sido capaces de sacarlo del ámbito privado al ámbito público, todavía la violencia de género está basada en la estructura de la sociedad, en la desigualdad que viven las mujeres, basada en la escasa profesionalización de las mujeres, en la discriminación salarial, en la dificultad para acceder a la toma de decisión, etc.

La primera ley nacional que contempló la violencia doméstica fue la Ley 24.417/1994 - a la que siguieron las leyes provinciales, en algunos casos con más eficaces instrumentos de actuación (Barrancos ,2015).

4.7. MOVIMIENTOS SOCIALES: NI UNA MENOS

Ni una menos es una consigna que dio nombre a un movimiento feminista surgido en Argentina en 2015 (Trebisacce-Marchand, 2020), que posteriormente se expandiría a gran escala hacia varios países de Hispanoamérica y otras regiones del mundo. Este movimiento social nació ante el hartazgo por la violencia machista, que tiene su punto más cruel en el femicidio. Se nombró así, sencillamente, diciendo basta de un modo que a todas y todos conmovió: “ni una menos” es la manera de sentenciar que es inaceptable seguir contando mujeres asesinadas por el hecho de ser mujeres o cuerpos disidentes y para señalar cuál es el objeto de esa violencia.

Esa consigna desbordó las interpelaciones previas del feminismo, a este término se lo define como un conjunto de teorías sociales y de prácticas políticas en abierta oposición a concepciones del mundo que excluyen la experiencia femenina de su horizonte epistemológico y político. El feminismo revela y critica la desigualdad entre los sexos y entre los géneros a la vez que reclama y promueve los derechos e intereses de las mujeres. El movimiento feminista surge como consecuencia de la conciencia de las mujeres respecto de su estatus subordinado en la sociedad (Barrancos, 2015), donde la violencia machista se viene denunciando hace décadas, pero al mismo tiempo, desde la primera marcha del 3 de junio de 2015, la calle y el documento demostraron que la fuerza que se movilizaba era un impulso feminista, se reconociera o no albergado en esa palabra, en su pluralidad de tonos y voces.

Ni Una Menos es un colectivo que reúne a un conjunto de voluntades feministas, pero también es un lema y un movimiento social.

Ese movimiento plural y heterogéneo hizo que en poco tiempo en cada hogar, sumado o no a la lucha en las calles, puedan identificarse pequeñas inequidades y violencias cotidianas como acciones que agravan las biografías y cercenan la vida en libertad: de poder decir sí o de decir no. Este movimiento quiere permear las bases de la desigualdad, y transformarla (Trebisacce-Marchand, 2020).

Uruguay, Chile y México gritaron Ni Una Menos el mismo 3 de junio de 2015. Ecuador lo hizo el 30 de julio. Al año siguiente, el reclamo contra la violencia machista cruzó los continentes. Ciudades de Asia y Europa registraron marchas,

principalmente motorizadas por mujeres latinoamericanas migrantes. Se registraron movilizaciones en Washington DC, París, Barcelona, Oslo, Ámsterdam, Ginebra, Beijing, entre otras ciudades. Entre 2015 y 2018, hubo movilizaciones en Italia, Francia, Turquía, Alemania, Suiza, Canadá, Estados Unidos, China, Holanda, Bélgica, Paraguay, Guatemala, Costa Rica, Honduras, República Dominicana, España e Italia.

En Lima, por ejemplo, los medios peruanos catalogaron a la marcha Ni Una Menos de ese año como “la manifestación más grande en la historia peruana”.

A su vez, en el mismo año Argentina organizó el primer paro general de mujeres el 19 de octubre en respuesta al femicidio de Lucía Pérez. La medida fue replicada en varios países latinoamericanos y sentó las bases para el primer Paro Internacional de Mujeres que se realizó el 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer, en 2017.

A nivel mundial, Ni Una Menos también confluyó con el movimiento Me Too en Estados Unidos donde mujeres comenzaron a relatar las agresiones machistas sufridas. El movimiento tuvo gran repercusión en Hollywood y el mundo del espectáculo.

Aunque los movimientos feministas actúan a nivel local, las diversas movilizaciones demuestran que la violencia machista es una problemática a escala global.

4.8. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

La violencia tiene efectos inmediatos sobre la salud de la mujer, que en algunos casos son mortales. Las consecuencias físicas, mentales y conductuales sobre la salud también pueden persistir mucho tiempo después de que haya cesado la violencia (Heise et al., 1999). Si bien la prevalencia y las formas de violencia contra la mujer en los países de ingresos bajos y medianos pueden ser diferentes de las observadas en países de ingresos más altos, las consecuencias para la salud parecen ser similares en todos los entornos (OPS, 2013). Sin embargo, la naturaleza o la gravedad de los efectos de la violencia pueden verse afectadas por factores que dependen del contexto, tales como: la pobreza, la desigualdad por razón de género, las prácticas

culturales o religiosas, el acceso a servicios de salud, jurídicos y de otro tipo de apoyo, los conflictos o desastres naturales y el entorno legal y de las políticas (OPS, 2013).

Campbell et al. (2002) y Jewkes et al. (2002) analizaron cuales fueron las consecuencias más frecuentes para la salud de la violencia contra la mujer, señalando principalmente las siguientes:

A. Físicas:

- ❖ Lesiones físicas agudas o inmediatas, por ejemplo hematomas, excoriaciones, laceraciones, heridas punzantes, quemaduras o mordeduras, así como fracturas de huesos o dientes
- ❖ Lesiones más graves que pueden conducir a discapacidad o una afectación grave, por ejemplo lesiones en la cabeza, los ojos, el oído, el tórax o el abdomen, quemaduras etc.
- ❖ Afecciones del aparato digestivo, problemas de salud a largo plazo o mala salud, incluidos síndromes de dolor crónico
- ❖ Muerte, por ejemplo por femicidio

B. Sexuales y Reproductivas:

- ❖ Embarazo no planeado o no deseado
- ❖ Aborto o aborto inseguro
- ❖ Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH
- ❖ Complicaciones del embarazo o aborto espontáneo
- ❖ Hemorragias o infecciones vaginales
- ❖ Infección pélvica crónica
- ❖ Infecciones de las vías urinarias
- ❖ Fístulas (desgarros entre la vagina y la vejiga o el recto, o ambos tipos de desgarro)

- ❖ Relaciones sexuales dolorosas

- ❖ Disfunción sexual

C. Mentales:

- ❖ Depresión

- ❖ Trastornos del sueño y de los hábitos alimentarios

- ❖ Estrés y trastornos de ansiedad (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático)

- ❖ Autoagresión e intentos de suicidio

- ❖ Baja autoestima

D. Conductuales:

- ❖ Uso nocivo de alcohol u otras sustancias

- ❖ Múltiples compañeros sexuales

- ❖ Elección de parejas abusivas en etapas posteriores a la vida

- ❖ Tasas bajas de uso de anticonceptivos

(Recopilado desde Campbell et al., 2002; Jewkes et al., 2002).

4.9. ENFERMERÍA Y VIOLENCIA DE GÉNERO. DETECCIÓN PRECOZ

Cuando una mujer ingresa al sistema de salud por alguna consecuencia originada por haber sido víctima de la violencia de género, serán el personal de enfermería de atención primaria los primeros profesionales con los que la víctima va a tener contacto. El rol de Enfermería en Atención Primaria se orienta en capacitar a la persona, familia y comunidad transformando la dependencia en autocuidado (Sánchez-Gallego et. al, 2018).

Así, es necesario que este personal pueda no solo detectar sino dar una adecuada orientación a estas mujeres. La atención directa de Enfermería, en Atención Primaria, debe ir acompañada por un equipo multidisciplinario de profesionales que aborden este problema, la contribución de las ciencias sociales a la salud

4.9.1. IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de ellas entran en contacto con el sistema de salud en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, lo que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema. El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «autoridad» como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a la medicalización del problema (texto extraído desde Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género). Como señala la OMS en su informe “Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario”, dirigiéndose al personal sanitario: *«No tenga miedo de preguntar. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de las mujeres están dispuestas a revelar el maltrato cuando se les pregunta en forma directa y no valorativa. En realidad, muchas están esperando silenciosamente que alguien les pregunte»* (OMS, 1998).

La OMS (1998) define que las funciones mínimas a desarrollar en este tema desde el sistema sanitario son las siguientes:

- ❖ Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica, como tarea habitual dentro de las actividades preventivas.
- ❖ Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato y hacer su seguimiento.
- ❖ Ofrecer atención sanitaria y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- ❖ Ayudar a entender su malestar y sus problemas de salud como una consecuencia de la violencia y el miedo.
- ❖ Informar y remitir a las pacientes a los recursos disponibles de la comunidad.
- ❖ Mantener la privacidad y la confidencialidad de la información obtenida.

- ❖ Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso, respetando su propia evolución.
- ❖ Evitar actitudes insolidarias o culpabilizadoras ya que pueden reforzar el aislamiento, minar la confianza en ellas mismas y restar la probabilidad de que busquen ayuda.
- ❖ Establecer una coordinación con otros y otras profesionales e instituciones.
- ❖ Colaborar en dimensionar e investigar el problema mediante el registro de casos (OMS, 1998).

Antes de iniciar la entrevista, Andrés-Domingo et al. (2003) refieren que el profesional de salud podrá sospechar que la paciente sufre malos tratos si existe, entre otros:

- ❖ Incoherencia entre la exploración y el mecanismo de producción que refiere.
- ❖ Historial de “accidentes” frecuentes.
- ❖ Retrasos u olvidos de citas.
- ❖ Actitud evasiva, mirada huidiza, confusión, actitud deprimida, tristeza.
- ❖ Calificación desvalorada de sí misma: la mujer se autodefine como torpe e incapaz.
- ❖ Problemas con alcohol o drogas.
- ❖ Huellas de golpes, hematomas o heridas en diferentes partes del cuerpo. Por ejemplo, un desgarramiento del lóbulo de la oreja puede indicar un arrancamiento del pendiente o la existencia de hematomas en la región dorsal puede hacer pensar en que la víctima adoptó una posición de defensa al proteger su cara y tórax (Andrés-Domingo et al., 2003).

4.9.2. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

En base a lo expuesto, la actitud de las/os alumnas/os (futuras/os enfermeras/os) y los profesionales de enfermería resultará sumamente importante. Cada mujer es única, cada una tiene sus características y condiciones, por esto, la atención que el profesional de enfermería debe prestar tiene que ser individualizada, atendiendo las necesidades de cada posible víctima.

Venger et al. (1998) refiere una serie de aspectos para facilitar la comunicación con las mujeres víctimas de VDG:

- ❖ Atención: El profesional tiene que escuchar con interés a la paciente y ésta debe percibirlo, mirándola a los ojos y con una actitud corporal firme y orientada hacia ella.
- ❖ Empatía: Debe realizarse una escucha activa sin interrupciones y sin emitir juicios. La mujer debe percibir que el profesional la entiende y comprende su angustia.
- ❖ Claridad del lenguaje: El lenguaje utilizado por el profesional tiene que ser el adecuado dada la especial situación, y que en muchas ocasiones la mujer está sometida a elevados niveles de ansiedad.
- ❖ Uso de silencios: El respeto de los silencios durante la entrevista es muy importante ya que va a permitir a la mujer reflexionar acerca de lo que quiere comunicar y, además, da la oportunidad de expresar sus sentimientos.
- ❖ Retroalimentación: Va a permitir comprobar que la mujer comprende la información recibida durante la entrevista.
- ❖ Eficacia de las preguntas: Dependiendo del momento de la entrevista, se realizarán unas u otras preguntas para que la mujer sea más o menos precisa en sus respuestas y, así, se facilitará la reflexión. Hay que preguntar de forma clara y directa.
- ❖ Respeto: El respeto es muy importante para que la paciente no se sienta juzgada y sí comprendida (Andrés-Domingo *et al.*, 2003).

4.9.3. DIFICULTADES PARA IDENTIFICAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Son numerosos y multifactoriales los impedimentos que influyen en la detección de casos de violencia de género. Los mismos son de diferentes orígenes, y podemos mencionar entre ellos:

A. Por parte de la mujer:

- ❖ Miedos (a la respuesta de su pareja, a no ser entendida y ser culpabilizada, a que no se respete la confidencialidad, a no ser capaz de iniciar una nueva vida, a las dificultades económicas, judiciales, sociales, a lo que ocurra con sus hijos).
- ❖ Baja autoestima, culpabilización
- ❖ Padecer alguna discapacidad, ser inmigrante, vivir en el mundo rural o en situación de exclusión social

- ❖ Dependencia económica.
- ❖ Vergüenza y humillación
- ❖ Deseo de proteger a la pareja
- ❖ Resistencia a reconocer lo que le está pasando
- ❖ Desconfianza en el sistema sanitario
- ❖ Minimización de lo que le ocurre (a veces no son conscientes de su situación y les cuesta identificar el peligro y su deterioro).
- ❖ Aislamiento y falta de apoyo social y familiar
- ❖ Valores y creencias culturales (si la sociedad lo tolera, ellas también).
- ❖ El trauma físico y psíquico las mantiene inmobilizadas, desconcertadas etc.

B. Por parte del personal sanitario:

- ❖ Estar inmersos en el mismo proceso de socialización que el resto de la sociedad
- ❖ No considerar la violencia como un problema de salud
- ❖ Experiencias personales respecto a la violencia
- ❖ Creencia de que la violencia no es tan frecuente
- ❖ Intento de racionalización de la conducta del agresor
- ❖ Doble victimización de la mujer (la mujer maltratada culpada de su situación de maltrato).
- ❖ Miedo a ofenderla, a empeorar la situación, por su seguridad o por la propia integridad
- ❖ Desconocimiento de las estrategias para el manejo de estas situaciones
- ❖ Formación fundamentalmente biologicista (no abordaje de problemas psicosociales).

C. En el contexto de la consulta:

- ❖ Falta de privacidad e intimidad
- ❖ Dificultad en la comunicación (por ejemplo idioma en el caso de mujeres inmigrantes o de pueblos originarios que no hablen el idioma)
- ❖ La mujer viene acompañada de su pareja.
- ❖ Sobrecarga asistencial.
- ❖ Escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica

D. En el ámbito sanitario:

- ❖ Falta de conocimiento y coordinación entre los distintos recursos.

- ❖ Ausencia de trabajo en equipo.
- ❖ Deficiente formación en violencia.

(Compilado desde Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid, (2007). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género).

4.9.4. RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL SISTEMA SANITARIO

A los fines de contribuir en minimizar las dificultades que el sistema de salud presenta a la hora de la detección de los casos de VDG, existen algunas acciones que pueden llevarse a cabo. Las mismas deben desarrollarse en tres áreas, de manera que estas actividades de prevención de la violencia de género resulten más eficaces. Así, podemos distinguir tres niveles de acción:

A. Profesional:

- ❖ Inclusión en la formación permanente del personal sanitario, de aspectos sobre prevención, detección precoz y atención integral.
- ❖ Realización de sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos reales que hayan sido abordados en el centro o servicio.
- ❖ Realización de sesiones con otros/as profesionales y con otras instituciones.

B. En la atención a la salud integral de las mujeres:

- ❖ Informar colocando carteles y folletos en lugares visibles que indiquen a las mujeres que la violencia es un tema objeto de atención sanitaria y en el que se puede ofrecer ayuda.
- ❖ Fomentar, a través de la relación del personal sanitario con la paciente, actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y de relaciones sociales.
- ❖ Incluir, en las actividades de Educación para la Salud y en los grupos de Educación Maternal, contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

C. En el ámbito comunitario:

- ❖ Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal sanitario.

- ❖ Proponer y participar en acciones, campañas, jornadas relacionadas con el tema que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.
- ❖ Incorporación de la VDG como temario dentro la ESI

(Compilado desde Ministerio de Sanidad y Consumo de Madrid (2007).Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género).

4.10. DESIGUALDAD DE GÉNERO

Entendemos por desigualdad de género al fenómeno social que supone la aparición de una discriminación entre personas como consecuencia de su género. Las consecuencias de la desigualdad de género sobre las mujeres afectan tanto a su vida laboral como a su vida privada

Las causas de la desigualdad de género son múltiples y derivan de diversas situaciones o elementos como los que describimos a continuación:

- ❖ Atribución de roles. Desde la infancia los niños y niñas pueden asociar determinados roles en función del género. Por ejemplo, se puede asociar a la mujer con la familia y el hogar y al hombre con el trabajo y la consecución de recursos para mantener a la familia. Esto aleja a las mujeres del trabajo, produce la brecha salarial de género y dificulta el acceso de las mujeres a puestos directivos.
- ❖ Sistema educativo. Determinados aspectos del sistema educativo perpetúan esas creencias sobre los roles masculino y femenino de manera, por ejemplo, que las mujeres acceden en menor medida a estudios relativos a ciencias.
- ❖ Medios de comunicación. En muchas ocasiones las noticias y la forma de informar por parte de los medios de comunicación siguen apoyando esos roles de género que arraigan en la población y producen efectos negativos en las mujeres.
- ❖ Desigualdad en el trabajo. Esta es una causa y una consecuencia a la vez, porque se paga menos por el mismo puesto de trabajo a las mujeres y esto supone que la desigualdad perdure.

4.11. EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL (ESI)

La Educación Sexual Integral (ESI) es un espacio sistemático de enseñanza aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones responsables y críticas en relación con los derechos de los niños, las niñas y los/as

adolescentes al cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, la información y la sexualidad (OMS, 2017).

Cuando hablamos de educación sexual integral no nos referíamos a un contenido y/o a una asignatura específica sino que forma parte del proyecto educativo de la escuela y requiere de un trabajo articulado con los centros de Salud, las familias y las organizaciones sociales (OMS, 2017).

La educación sexual integral es un derecho de chicos y chicas de todas las escuelas del país, en sus tres niveles: inicial, primaria, secundaria, sean privadas o estatales, confesionales o laicas (OMS, 2017).

Este derecho de niños, niñas y adolescentes (NNyA) que obliga al Estado nacional y a los estados provinciales a garantizar su acceso, se encuentra establecido en la ley nacional 26.150 que, a partir de su sanción en 2006, crea el Programa de Educación Sexual Integral para su implementación.

Los contenidos de la ESI, son ejes que atraviesan distintas áreas y/o disciplinas, responden a las distintas etapas del desarrollo de niños y niñas y adolescentes y contempla situaciones de la vida cotidiana del aula y de la escuela, así como sus formas de organización.

Son objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral:

- ❖ Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.
- ❖ Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- ❖ Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- ❖ Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
- ❖ Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones (OMS, 2017).

4.11.1. EDUCACION SEXUAL INTEGRAL Y EL ROL DOCENTE

El rol que ejercen las/os docentes en ofrecer a las/os estudiantes a oportunidades formativas integrales en la temática de la sexualidad, requiere la implementación de

acciones sistemáticas que ofrezcan a los futuros educadores/as la posibilidad de alcanzar una sólida formación integral inicial y una capacitación continua (OMS, 2017).

Son objetivos de la Educación Sexual Integral en la formación docente:

- ❖ Permitir a los docentes sostener su tarea a partir de conocimientos y experiencias pedagógicas validadas y actualizadas que les permitan una comprensión integral de la salud, de la sexualidad humana y del rol de la escuela y del docente en la temática; así como de habilidades y estrategias metodológicas apropiadas para el trabajo de los contenidos en el aula.
- ❖ Ofrecer a los docentes una formación amplia que les permita brindar conocimientos e información y promover situaciones de aprendizaje desde un espacio curricular específico o desde la disciplina de su especialidad. Incluir en dicha formación la posibilidad de trabajar sus incertidumbres y prejuicios o estereotipos, para poder así separar su responsabilidad en cuanto a la educación sexual del terreno de las opiniones y experiencias personales.
- ❖ Preparar a los y a las docentes en el manejo crítico de mensajes e información relativos a la ESI a partir de una formación pluridisciplinaria y holística que favorezcan las capacidades de los alumnos y alumnas en el cuidado y promoción de la salud, el cuidado, disfrute y respeto del cuerpo propio y ajeno, y el conocimiento y respeto de los propios derechos y los derechos de los/as y otros/as.
- ❖ Asegurar un enfoque coherente de la ESI en el sistema educativo a partir de una formación inicial sistemática que provea de un código compartido a todos los y las docentes, más allá del nivel en el cual se desempeñan, dando lugar a una adecuada gradualidad y transversalidad de los contenidos a lo largo de toda la trayectoria escolar de los niños, niñas, jóvenes y adultos.
- ❖ Permitir a los y a las docentes adquirir conocimientos que permitan una visión crítica de los distintos modelos hegemónicos de manera de poder combinar los aportes de las distintas posturas en pos de evitar

reduccionismos de cualquier tipo, hacia un abordaje integral de la temática en el marco de los derechos humanos.

- ❖ Identificar las diversas interpretaciones históricas sobre la sexualidad y sus correlatos en las prácticas pedagógicas para promover la permanente reflexión sobre las propias interpretaciones y concepciones de la sexualidad.
- ❖ Fortalecer el lugar y responsabilidad que tienen los docentes en su carácter de adultos y docentes frente a los niños, niñas y adolescentes (OMS, 2017).

4.12. LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNIVERSIDADES: PROTOCOLOS PARA SU PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

En el año 2018 la Red Interuniversitaria por la Igualdad de Género y contra las Violencias (RUGE), se incorpora como organización en el marco del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), desde donde se propone colaborar en el diseño y desarrollo de políticas que contribuyan a erradicar las desigualdades de género y las violencias en todo el sistema universitario.

Desde el año 2013, y a través del activismo de docentes, investigadoras, no docentes, estudiantes y decanas, se comenzó un proceso de discusión y creación de protocolos y programas en las universidades para dar respuesta a las situaciones de discriminación y violencia de género vividas dentro de las instituciones (Torlucci *et al.*, 2019). La incorporación de la agenda contra la violencia de género produjo, simultáneamente, el intercambio de experiencias y saberes en dos cuestiones concretas: cómo intervenir frente a los casos dentro de la universidad y el acompañamiento sobre el trabajo político para la creación y aprobación de los protocolos (Vázquez-Laba & Rugna, 2017).

En el año 2014 la Universidad Nacional del Comahue ponía en práctica el primer protocolo de actuación contra la violencia de género, actualmente son 45 las universidades que cuentan con dicha herramienta, representando el 73,8% del sistema universitario. Mientras que el 19,7% de las instituciones universitarias restantes se encuentran diseñando y elaborando los proyectos de protocolos para ser

aprobados próximamente. Desde el 2015 la cantidad de universidades que aprobaron sus protocolos aumentaron de forma continua, del 9% en 2015 al casi 30% en 2017 (Torlucci et al., 2019). El aumento de 2017 y 2018 está relacionado con la acumulación de experiencia y trabajo político de las feministas universitarias sumado al proceso de movilizaciones que tuvo un claro auge en 2015 con el primer “ni una menos”, luego el “paro internacional de mujeres” y en 2018 los “pañuelazos” a partir del debate en el Congreso de la Nación sobre la legalización y despenalización del aborto (Torlucci et al., 2019). Posteriormente, este año 2019, la adhesión del CIN a la Ley 27.499/2019, denominada “Ley Micaela”, y su proceso posterior de legitimación por los Consejos Superiores terminó de impactar sobre las universidades que aún no tenían protocolos (Torlucci et al., 2019).

En un trabajo reciente Torlucci et al. (2019) sostienen lo siguiente: *“dentro del proceso de sensibilización y politización, el salto más importante ha sido instalar dentro de las universidades que la violencia de género es una falta grave que debe ser investigada, sancionada y erradicada”* (Torlucci et al., 2019). En este sentido, este proceso en el cual se instala el problema de la violencia a partir del trabajo político por parte de las feministas universitarias en articulación con las redes del movimiento de mujeres y feminista a nivel regional y nacional es que se ha podido avanzar, también, en la transversalización del enfoque de género en las actividades de investigación y formación, pero, fundamentalmente, en las políticas institucionales (Torlucci et al., 2019). Este recorrido se ha dado de manera despareja en las universidades básicamente por las dificultades que supone la aplicación del protocolo y su alcance a toda la institución universitaria. La implementación de los dispositivos de atención y respuesta a las situaciones de violencia y discriminación sexual, lejos de operar como una pantalla de buenas prácticas, vino a visibilizar la necesidad de edificar espacios de género institucionalizados y que garanticen su aplicación para luego dar el paso a la transversalización institucional (Torlucci et al., 2019).

Entre los protocolos existentes actualmente en las universidades estatales nacionales, se destacan principalmente (se indican entre paréntesis las fechas en la que fueron aprobados por el Consejo Superior de cada universidad):

- ❖ Universidad Nacional del Comahue (05/06/2014)

- ❖ Universidad Nacional de Rosario (21/10/2014)
- ❖ Universidad Nacional de San Martín (06/05/2015)
- ❖ Universidad Nacional de Córdoba (06/10/2015)
- ❖ Universidad Nacional de la Plata (07/10/2015)
- ❖ Universidad Nacional de Buenos Aires (10/12/2015)
- ❖ Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco- Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales (11/03/2016)
- ❖ Universidad Nacional del Litoral (11/04/2019)

4.12.1. PROTOCOLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA UNCo

En el año 2014 el Consejo Superior de la Universidad Nacional del Comahue aprobó mediante la Ordenanza 1572/14 el “Protocolo de intervención institucional ante denuncias por situaciones de violencia sexista en el ámbito de la Universidad Nacional del Comahue” (Anexo I).

4.13. NORMATIVA PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN/ ABUSO SEXUAL. HOSPITAL ZONAL BARILOCHE INSTRUCTIVOS PARA EQUIPOS DE SALUD

Este documento fue elaborado y modificado en agosto del 2018, por profesionales del Cuerpo Médico Forense, OFAVI del Poder Judicial, Médicos y Jefe de Criminalística de la Policía y de los distintos Servicios involucrados del Hospital (Anexo 2).

4.14. OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Valorar los conocimientos y actitudes referidas a VDG por parte de las/os estudiantes universitarias/os de la carrera de enfermería.

4.9.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Caracterizar la población encuestada mediante variables sociodemográficas.
- ❖ Analizar y describir el conocimiento referido a violencia de género que poseen las/os alumnas/os ingresantes a la carrera de Enfermería, como así también las/os alumnas/os que finalizan el primer ciclo y las/os enfermeras/os que cursan el segundo ciclo de dicha carrera.

- ❖ Indagar y describir la actitud de las/os estudiantes encuestadas/os referido a violencia de género.
- ❖ Detectar las herramientas y los conocimientos brindados por la Universidad referidos a violencia de género.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. LUGAR DE ESTUDIO

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Regional Universitario Bariloche (CRUB) que depende de la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina.

5.2. DISEÑO Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se realizó un análisis cuantitativo, a partir del objetivo de la investigación. El tipo de estudio aplicado es descriptivo observacional, con diseño no experimental, de corte transversal. Presenta un enfoque cuantitativo ya que intenta cuantificar características, sucesos o acciones del objeto de estudio, en esta investigación se analizan las respuestas del cuestionario para obtener datos numéricos que reflejen los resultados del mismo (Hernández-Sampieri et al., 2003). Es de diseño no experimental, debido a que se investigó observando al fenómeno en su contexto natural, para luego analizarlo. El investigador no influye sobre la variable independiente (Hernández-Sampieri et al., 2003). Se recabaron datos obtenidos de un cuestionario autoadministrado, proporcionado a las/os estudiantes del primer (1^{er}), tercer (3^{er}) y quinto (5^{to}) año de la carrera Licenciatura en enfermería de la UNCo-CRUB. Se trata de un estudio descriptivo observacional ya que no se interviene sobre el factor de estudio, se observa lo que ocurre con el fenómeno en condiciones naturales. Y transversal porque permite estimar la frecuencia de exposición y la magnitud de un evento en una población definida y en un momento dado (García-Salineró, 2004).

5.3. UNIDAD DE ANÁLISIS

La población de estudio estuvo compuesta por las/os estudiantes de primer año, tercer año y quinto año de la Licenciatura en Enfermería. La población analizada fueron 93 alumnas/os de primer año que están inscriptos en la nómina Física y Química Biológica Aplicada correspondiente al año 2019. También participaron 27 alumnas/os de tercer año de la materia Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros

I, y 5 alumnas/os de quinto año inscriptos en la asignatura Cuidados para la Salud Comunitaria del mismo año. La encuesta se realizó en una sola oportunidad, concurriendo una única vez a las clases de las asignaturas anteriormente mencionadas, con previo acuerdo y autorización de las docentes a cargo de las mismas. Se obtuvo un total de 125 estudiantes que accedieron voluntariamente a completar el cuestionario.

5.4. VARIABLES

Las dimensiones que seleccionamos y utilizamos fueron las respuestas que obtuvimos del cuestionario.

Se buscó obtener información relevante para este trabajo por medio de preguntas directas que nos permitieron determinar las características socio-económicas de la población encuestada (indagamos acerca de la edad, sexo, estado civil, grado de formación en el período de interés, manutención económica, etc.). Cabe aclarar que indagamos sobre sexo (características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres), no sobre género (se refiere a las ideas, normas y comportamientos que la sociedad ha establecido para cada sexo, y el valor y significado que se les asigna (Lagarde, 1996)). La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género como cada persona lo experimenta, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. El término no binario designa a las identidades de género que se reconocen con aspectos tanto masculinos y femeninos y, por ende, no se encuentra a sí misma con un término absoluto o dicotómico como: hombre o mujer. Así mismo incluimos preguntas relacionadas directamente con los objetivos de este trabajo, que permitieron evaluar el grado de conocimiento referido a VDG (aspectos que involucra, violencia doméstica, instituciones involucradas en el tema, etc.) y las actitudes de los encuestados sobre VDG (conocimiento y aplicación de protocolos existentes, detección precoz, etc.).

5.5. AUTORIZACIONES PREVIAS

Se contó con las autorizaciones brindadas por las autoridades del CRUB, a través del Secretario Académico Mg. Alfonso Aguilar, y también de la Coordinadora de la carrera

de Licenciatura en Enfermería, Lic. Carolina Suarez, las cuales se adjuntan en los ANEXO III y IV, respectivamente.

5.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario diseñado particularmente para este trabajo (Ver anexo IV). El mismo fue elaborado basándonos en los cuestionarios utilizados por Mendoza-Flores et al. (2006); García-Díaz et al. (2013) y Valdés-Sánchez et al. (2016). Este cuestionario fue validado con 10 personas antes de la elaboración del formato definitivo, para minimizar los posibles errores de comprensión. El cuestionario fue entregado en mano a las/os estudiantes durante un período de tiempo brindado por las docentes de las asignaturas anteriormente mencionadas; el mismo debía completarse de manera auto-administrada. Se dejó una urna (buzón) en el aula para que cada estudiante deposite su cuestionario una vez completado, manteniendo así el anonimato. El cuestionario está formado por 23 preguntas cerradas y 3 preguntas abiertas. Las preguntas cerradas recaban datos de características sociodemográficas, conocimientos sobre VDG y actitudes sobre VDG. Las preguntas abiertas se abocan a que la/el estudiante encuestada/o mencione las materias en las cuales se le brindo las herramientas y/o acciones para actuar frente a situaciones de VDG, nombre libremente que tipo de VDG conocía y proponga mejoras que contribuyan a la detección de casos de VDG en el ámbito de la Universidad, Sistema de Salud etc.

5.7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN y EXCLUSIÓN

Se incluye a todas/os las/os estudiantes que voluntariamente completen el cuestionario (Anexo IV) y que pertenezcan al primer cuatrimestre de primero, tercero y quinto año de la carrera de Licenciatura en Enfermería perteneciente a la UNCo-CRUB.

Criterios de exclusión, no se contemplan para este trabajo.

5.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El análisis de la información, proporcionado por las respuestas del cuestionario, fue procesado para el análisis de datos, a través de una planilla de cálculo (Excel de

Microsoft Office®). Allí se cargaron los datos obtenidos en cada cuestionario, permitiendo a posteriori la obtención y confección de cuadros y gráficos que permitan visualizar los resultados obtenidos. Se analizaron los mismos, y se realizaron comparaciones entre las respuestas obtenidas por los distintos grupos de alumnas/os.

6. RESULTADOS

6.1. DATOS DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMÓGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

Los siguientes gráficos describen los hallazgos encontrados luego del procesamiento del cuestionario realizado durante el segundo cuatrimestre del año 2019. Cabe mencionar que participaron 93 alumnas/os de primer año que están inscriptos en la nómina Física y Química Biológica Aplicada, 27 estudiantes de tercer año de la asignatura Práctica Integradora de Cuidados Enfermeros I, y 5 alumnas/os de quinto año que se encuentran cursando la asignatura Cuidados para la Salud Comunitaria II de la Carrera de Enfermería. Se obtuvo un total de 125 estudiantes.

La distribución de la edad en los tres grupos de estudiantes analizados se evalúa en el Gráfico 1.

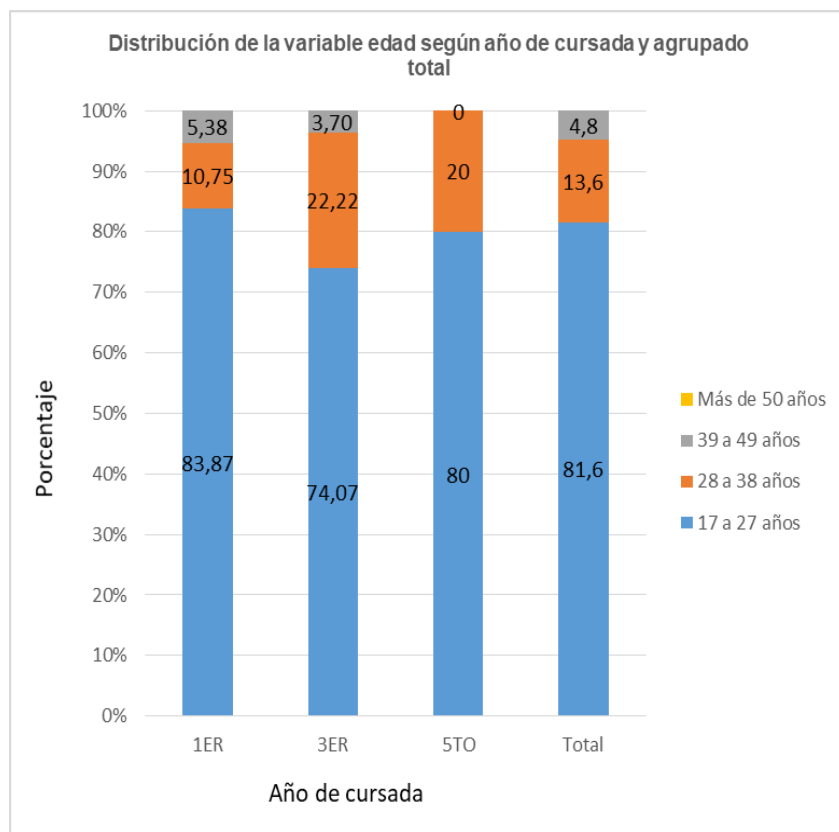


Gráfico 1: Distribución porcentual de la variable edad según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes analizados, el grupo de edad más frecuente fue entre 17 a 27 años (81,6% para los datos agrupados). Dependiendo el año de cursada, este grupo de edad constituye entre el 74,07 al 83,7 % del total de estudiantes de cada curso. Las/os estudiantes que se encuentran entre 28 a 38 años representan un 13,6% para los datos agrupados, siendo entre 10,75 a 22,22 % al evaluar cada año de cursada. Las/os estudiantes con mayor edad, entre 39 a 49 años, representan en la cursada de la Licenciatura en Enfermería un grupo minoritario, con 4,8% al evaluar los datos en conjunto. Representan un 5,38 % en primer año y un 3,70 % en tercero, no encontrándose alumnas/os de este rango etario en el ciclo superior.

A los fines de caracterizar a la población en estudio, se presenta el Gráfico 2, en él se observa la distribución de la variable sexo en los tres grupos de estudiantes analizados.

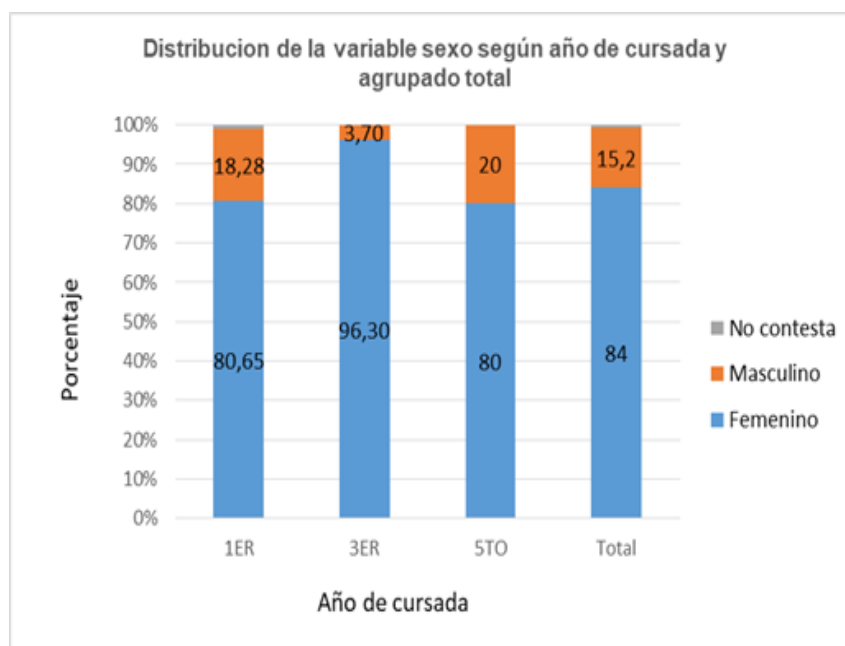


Gráfico 2: Distribución porcentual de la variable sexo según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

El 15 % de todos los encuestados pertenecen al sexo masculino, el 84% corresponde al sexo femenino y el 1% prefirió no contestar. Estos datos corresponden de un total de 125 alumnas/os que participaron de este trabajo. De acuerdo al año de cursada evaluado, estas diferencias pueden hacerse aún más notorias, como en el caso del

tercer año, donde el porcentaje de estudiantes femeninas llega a más del 96 % (Gráfico 2).

Consultadas/os las/os estudiantes acerca de su estado civil, se presentan los resultados obtenidos en los tres grupos de estudiantes analizados en porcentajes (Gráfico 3)

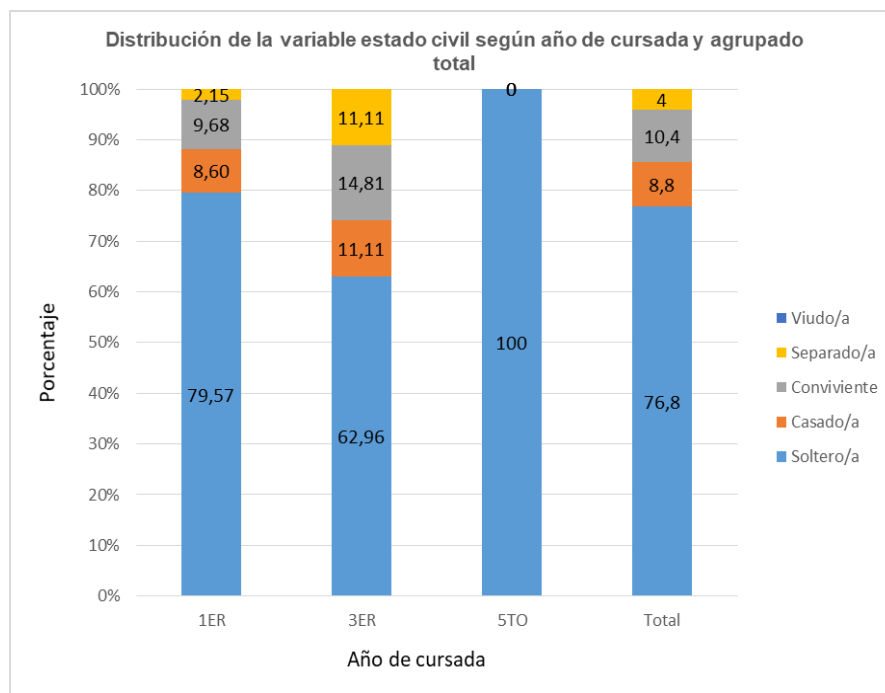


Gráfico 3: Distribución porcentual de la variable estado civil según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar en el Gráfico 3 que el mayor porcentaje en relación a estado civil, se encuentra distribuido en el grupo “Soltera/o” (76,8% para el agrupado), seguida la clasificación “Conviviente” (10,4% para el agrupado); en orden descendente se encuentra “Casada/o” (8,8%), “Separada/o” (4%) y “Viuda/o” (0%). En 5to año el 100% es Soltera/o.

En el Gráfico 4 se muestra, el porcentaje de las respuestas obtenidas por parte de los tres grupos de estudiantes a la consulta de con quién vive actualmente.

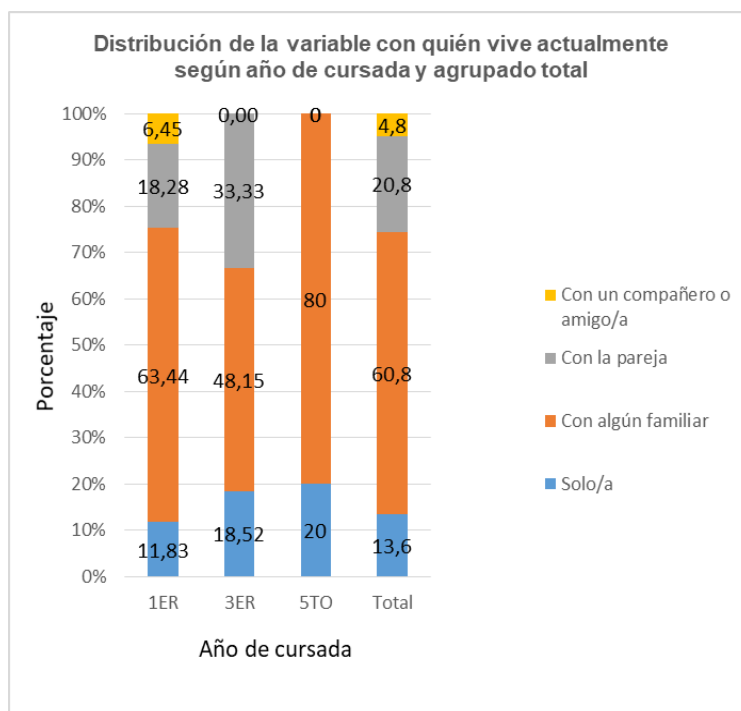


Gráfico 4: Distribución porcentual de la variable con quién vive actualmente según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se comprobó que el mayor porcentaje corresponde a la categoría “Con algún familiar” (60,8% para los datos agrupados). Al tener en cuenta el año de cursada, este grupo compone entre 48,15 al 80% del total de las/os estudiantes de cada curso. Las/os estudiantes que viven con la pareja, constituyen 20,8% para el agrupado. En el Tercer año, las/os estudiantes que conviven conforman un 33,33 % de esa categoría en tanto el 18,28% corresponden a estudiantes de primer año, no encontrándose alumnas/os del nivel superior para este grupo. Las/os estudiantes que corresponde al grupo “Solo/a” integran 13,6% para el agrupado. Dependiendo el año de cursada, esta categoría comprende entre el 11,83 al 20 % del total de los estudiantes de cada año. Representan un grupo minoritario las/os estudiantes de la variable “Con un compañera/o amiga/o” con 4,8% al evaluar los datos en conjunto. En el primer año constituye (6,45%), y no se encuentran alumnas/os de tercer y quinto año para esta categoría.

En relación a la pregunta acerca de cómo se mantienen económicamente, se presentan los resultados obtenidos en los tres grupos de estudiantes analizados en porcentajes (Gráfico 5).

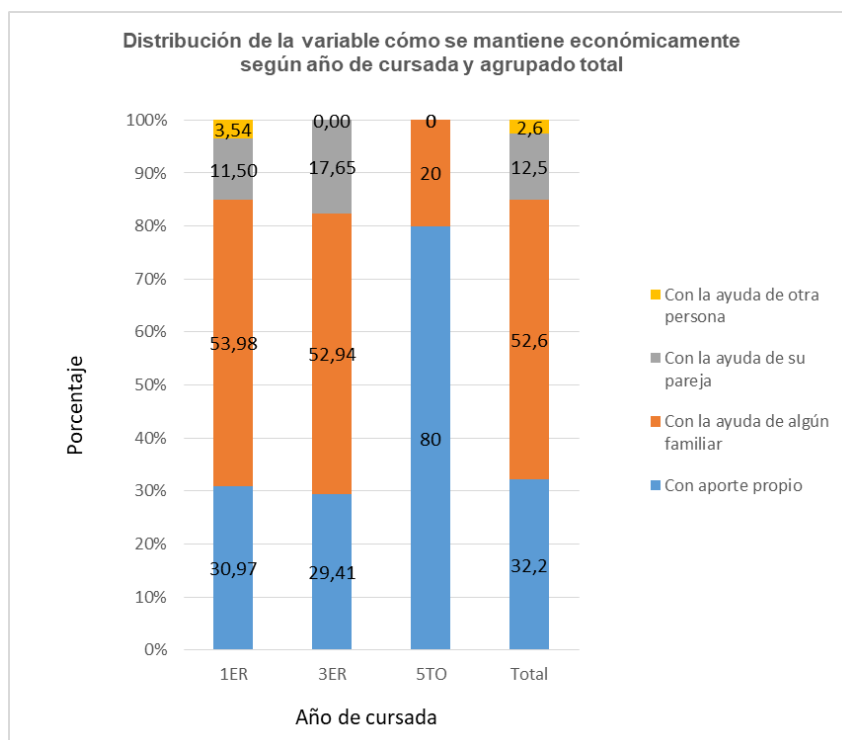


Gráfico 5: Distribución porcentual de la variable como se mantiene económicamente según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar en el Gráfico 5 que el mayor porcentaje de los tres grupos de estudiantes acerca de cómo se mantiene económicamente corresponde al grupo “Con la ayuda de un familiar” (52,6% para los datos agrupados), lo sigue de cerca la categoría “Con aporte propio” (32,2 % para el agrupado). En orden descendente se encuentran las otras condiciones estimadas: “Con la ayuda de su pareja” y “Con la ayuda de otra persona” constituyen el total de las/os estudiantes analizados. Estas diferencias son más evidentes, en el ciclo superior el porcentaje de estudiantes que se mantiene económicamente con aportes propios alcanza el 80% (Gráfico 5).

El Gráfico 6, muestra los resultados de las/os estudiantes respecto a la pregunta “¿Cursaste o estas cursando alguna materia donde se hablara de VDG?”

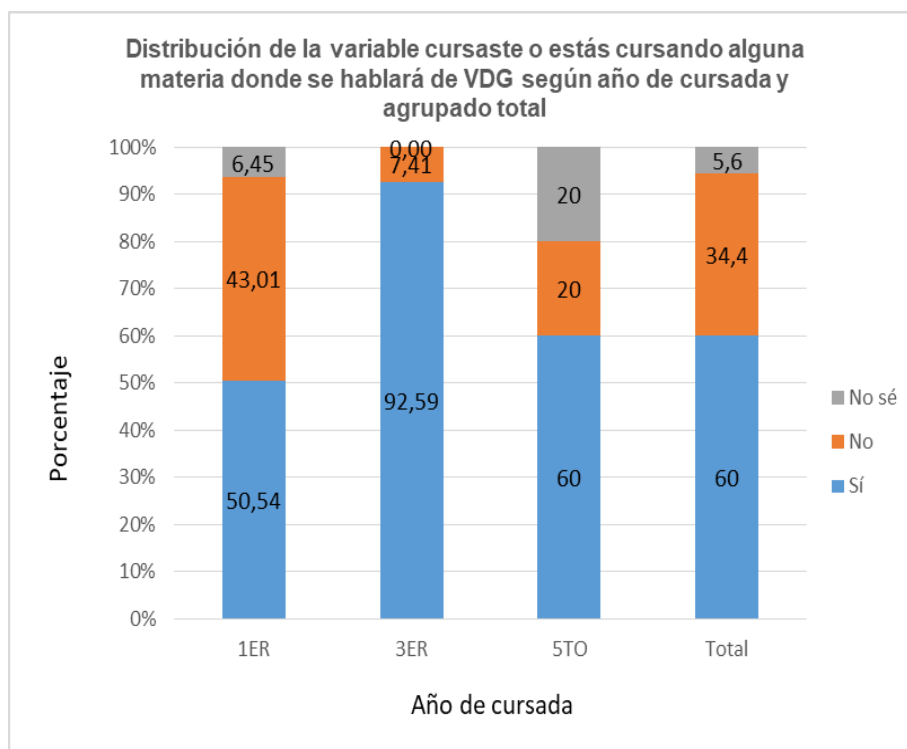


Gráfico 6: Distribución de la variable cursaste o estas cursando alguna materia donde se hablara de VDG, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se comprobó que cursaron o estaban cursando alguna materia donde se hablará de VDG, esta categoría constituye el 60% para el agrupado. Resulta en un 34,4 % las/os alumnas/os que, evaluadas/os en conjunto, no cursaron materias donde se abordara la VDG; la categoría “No sé” constituye (5,6% para los datos agrupados). En el tercer año se puede observar una diferencia notoria, el 92,59% de las/os estudiantes cursaron o estaban cursando materias donde se hablará de VDG (Gráfico 6).

Cuando a las/os estudiantes se les pregunta acerca de si cursaron o estaban cursando alguna materia donde le brindarían herramientas y/o acciones para actuar frente a situaciones de VDG, los mismos mencionaron (ver Gráfico 7).

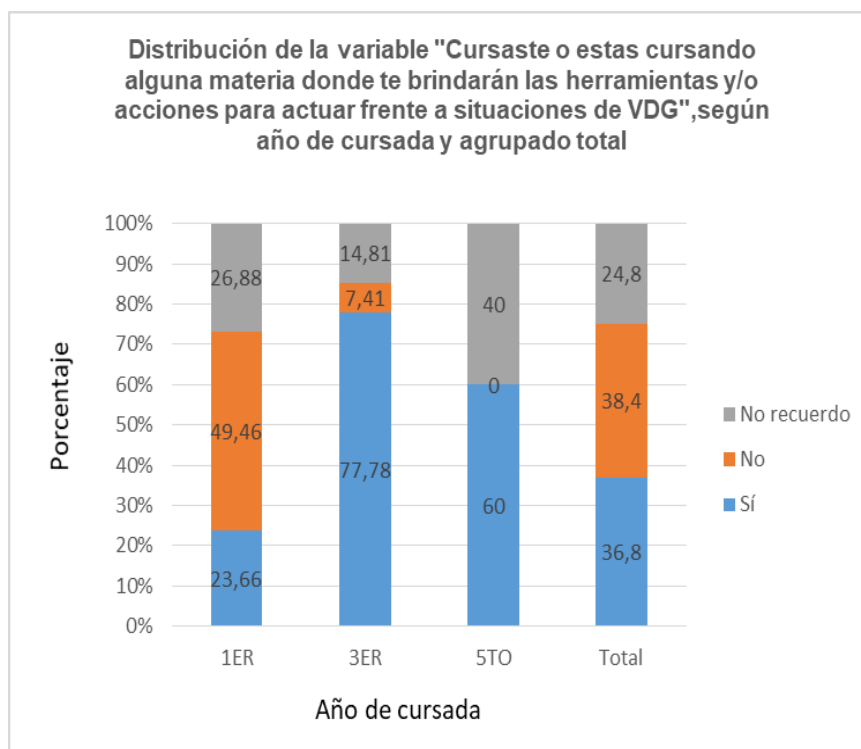


Gráfico 7: Distribución de la variable ¿Cursaste o estas cursando alguna materia donde te brindarán las herramientas y/o acciones para actuar frente a situaciones de VDG?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

El análisis de las respuestas agrupadas acerca de si cursaron materias en donde se les brindaron herramientas y/o acciones para actuar en casos de VDG fue bastante equitativo: los que respondieron “no” fueron un 38,4 % y los que respondieron “Si” fueron un 36,8 %. El 24,8% de los datos analizados en conjunto no recuerda haber cursado ninguna materia que les aportara herramientas o les sugiriera acciones ante casos de VDG. Dependiendo el año de cursada, la categoría “NO” constituyen entre 7,41 al 49,46 %, para la categoría “SI” conforman entre 23,66 al 77,78% y para la categoría “No Recuerdo” componen entre 14,81 al 40% del total de las/os estudiantes de cada curso.

Se les pidió a las/os estudiantes que mencionarán las materias en donde se les brindaron herramientas y/o acciones para actuar en casos de VDG, todas las asignaturas corresponden al plan de estudios 1031; 10 alumnas/os de primer año nombraron “Cuidados de la salud de la mujer” (3er año) (11%), 3 estudiantes eligieron “Cuidados para la salud comunitaria I”(3er año) (3,22%) y 3 alumnas/os nombraron “Psicología social y de las organizaciones”(2do año), “Cuidados enfermeros de Salud

Psicosocial” (2do año), y “Aspectos bioéticos y legales del cuidado” (2do año) (1,07 % para cada asignatura). En tanto 6 alumnas/os de tercer año nombraron “Aspectos antropológicos del cuidado” (1er año) (22,22%), como las materias donde se les aportó herramientas y/o acciones ante situaciones de VDG.

En el ciclo superior, 2 estudiantes mencionaron que la materia que le brindó las herramientas y/o acciones para actuar frente a casos de VDG fue “Cuidados para la salud comunitaria II” (5to año, plan de estudios 1031), constituyendo el 40% del total de las/os estudiantes de ese año.

El Gráfico 8 muestra los resultados obtenidos al preguntar “¿Consideras que el plan de estudios de tu carrera debería tener una Perspectiva de Género Transversal?”

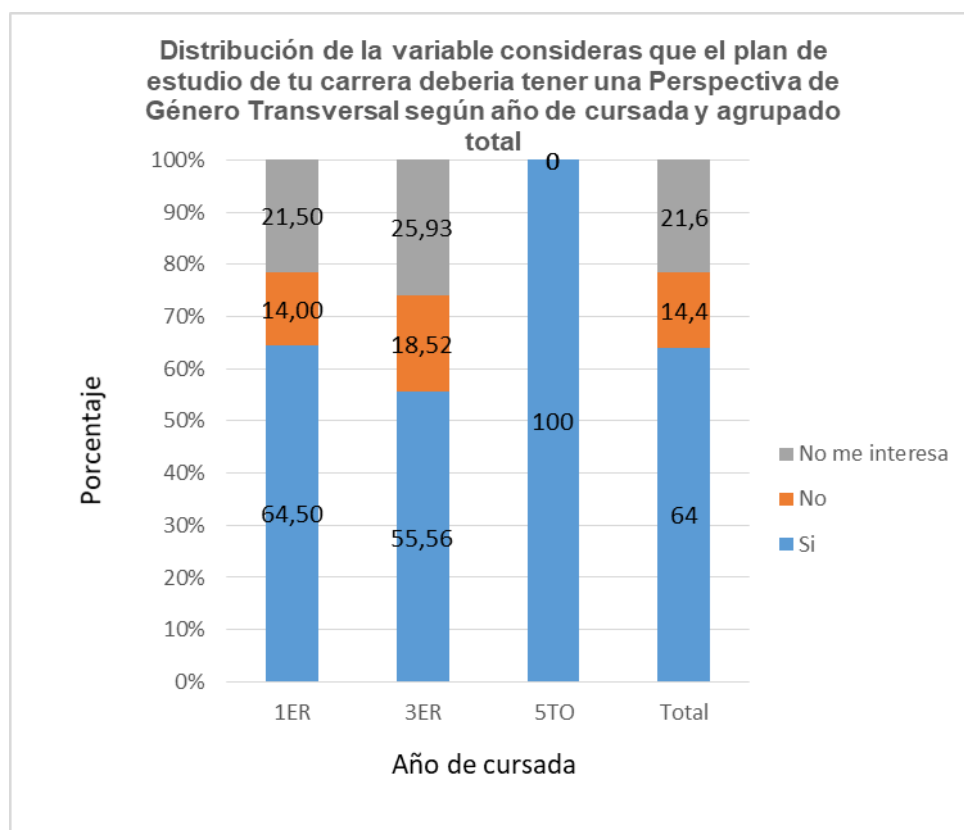


Gráfico 8: Distribución de la variable ¿Consideras que el plan de estudios de tu carrera debería tener una Perspectiva de Género Transversal?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar en el Gráfico 8, que el mayor porcentaje de estudiantes que consideran que el plan de estudios de la carrera debería tener una perspectiva de

género transversal constituye el 64% para los datos agrupados, las/os alumnas/os que consideran que no le interesa si el plan de estudios posee o no una Perspectiva de Género Transversal comprende el 21,6% para el agrupado y un grupo minoritario de estudiantes piensa que NO debería ser modificado el plan de estudios de la carrera de enfermería (14,4%).

En el ciclo superior se observa una diferencia notoria: el 100% de las/os estudiantes sí considera que el plan de estudios debería tener una Perspectiva de Género Transversal (Gráfico 8).

6.2. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

En los siguientes Gráficos se describen las respuestas obtenidas por parte de las/os estudiantes, referidos al conocimiento que poseen sobre violencia de género.

El Gráfico 9, muestra los resultados de los estudiantes respecto a la siguiente pregunta “¿Crees que posees los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG?”

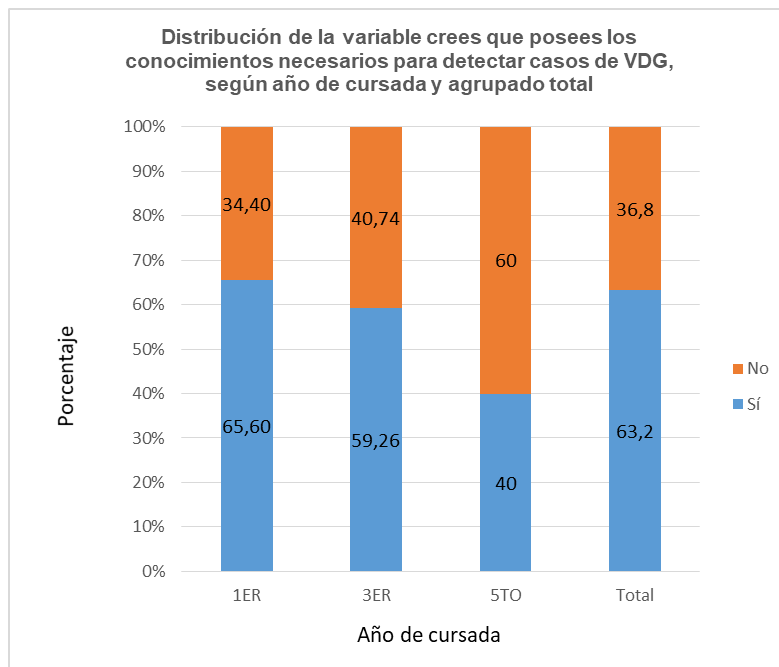


Gráfico 9: Respuesta de las/os estudiantes a la variable crees que posees los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Las/os estudiantes que creen poseer conocimientos comprenden el 63,2 % para los datos agrupados, en tanto el 36,8 % para el agrupado cree no poseer los conocimientos para detectar casos de VDG. La categoría “SÍ” se vio más representada en los primeros años de la carrera, constituyendo entre 40 al 65,60 % dependiendo el año de cursada analizado, y para la categoría “NO” conforman entre 34,40 al 60% del total de los estudiantes de cada curso, estando más presente en los años superiores.

Referido a la distribución de la variable “Crees que la Universidad brindó los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG”, en los tres grupos de estudiantes analizados se observó la siguiente distribución (Gráfico 10).

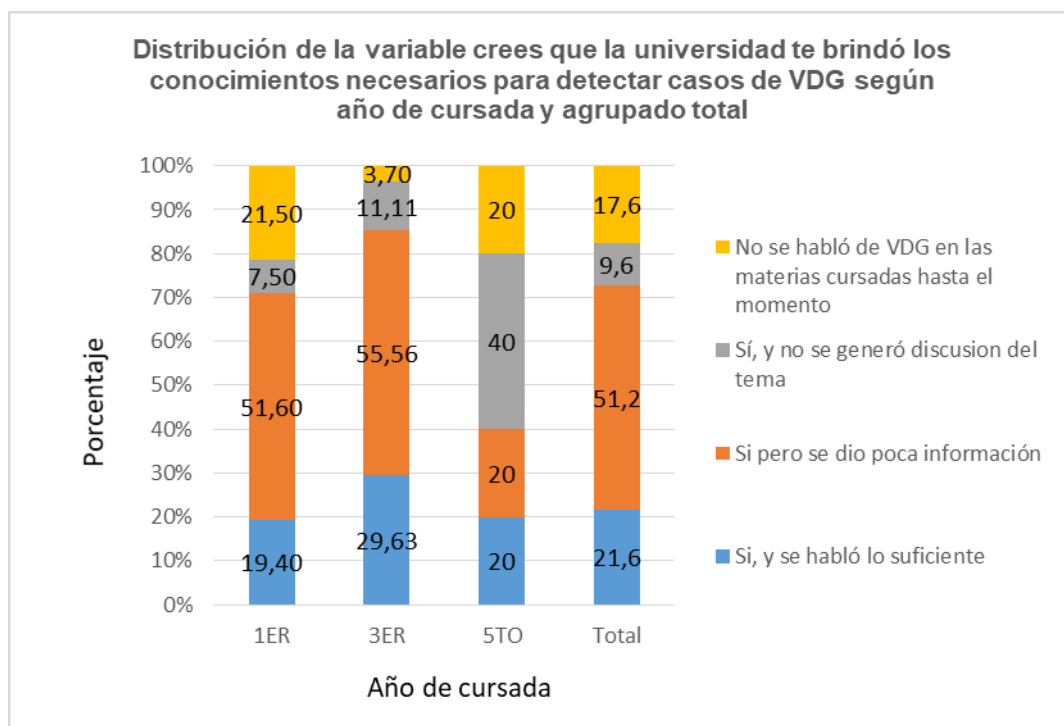


Gráfico 10: Distribución porcentual de la variable “crees que la Universidad te brindó los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG”, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar en el Gráfico 10 que el mayor porcentaje en relación a si la Universidad brindó los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG, se encuentra distribuido en el grupo “Si pero se dio poca información” (51,2% para el agrupado), seguida por las clasificaciones “Si, y se habló lo suficiente” (21,6%) y “No se habló de VDG” (17,6%) como las otras categorías que se encuestaron en el

conjunto de las/os estudiantes. Por último se encuentra “Sí, y no se generó discusión del tema” (9,6% para los datos agrupados). Se puede observar en los resultados obtenidos que las/os alumnas/os del ciclo inicial coinciden en que la universidad brindo poca información acerca de VDG: así lo considera el 55,56 % de las/os estudiantes de tercer año y el 51,60% de las/os alumnas/os de primer año.

Consultados las/os estudiantes acerca de su nivel de conocimiento sobre VDG, se presentan los resultados obtenidos en los tres grupos de estudiantes analizados en porcentajes. (Gráfico 11).

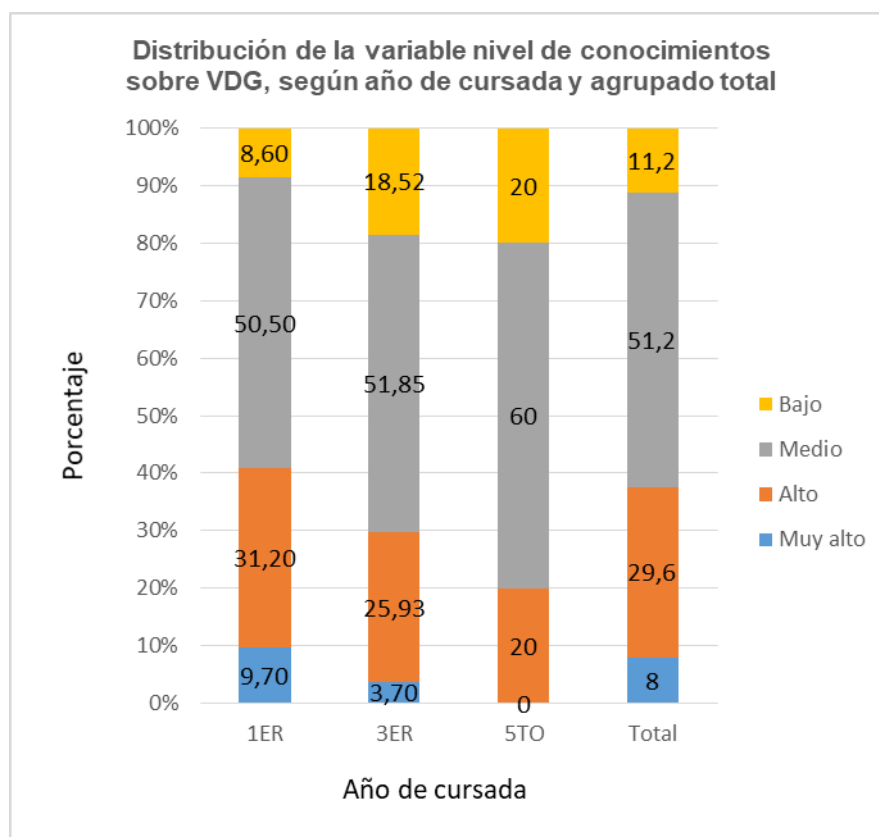


Gráfico 11: Distribución porcentual de la variable nivel de conocimiento sobre VDG según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se verificó que la categoría más frecuente respecto a su conocimiento sobre VDG es “Medio” (51,2 % para datos agrupados). Teniendo en cuenta el año de cursada, este grupo constituye entre 50 al 60% de las/os estudiantes del total de cada año. Las/os estudiantes que se encuentran en la categoría nivel de conocimiento alto sobre el tema, representan el 29,6% para el

agrupado, siendo entre 20 al 31,20 % al evaluar en cada año de cursada. La categoría “bajo nivel de conocimiento”, representan el 11,2 % para los datos agrupados, y dependiendo el año de cursada, se conforman entre el 8,60 al 20% de las/os estudiantes de cada año. Las/os estudiantes que se agrupan en la categoría “Muy Alto nivel de conocimiento” representan en la cursada de la Licenciatura en Enfermería un grupo minoritario, con 8% al evaluar los datos en conjunto. Representan un 9,70% en primer año y un 3,70% en tercero, no encontrándose alumnas/os de este rango en el ciclo superior.

El Gráfico 12, muestra los resultados obtenidos al realizar la siguiente pregunta “¿Qué se entiende por VDG?”, y en donde se les brindó a las/os alumnas/os las siguientes opciones posibles:

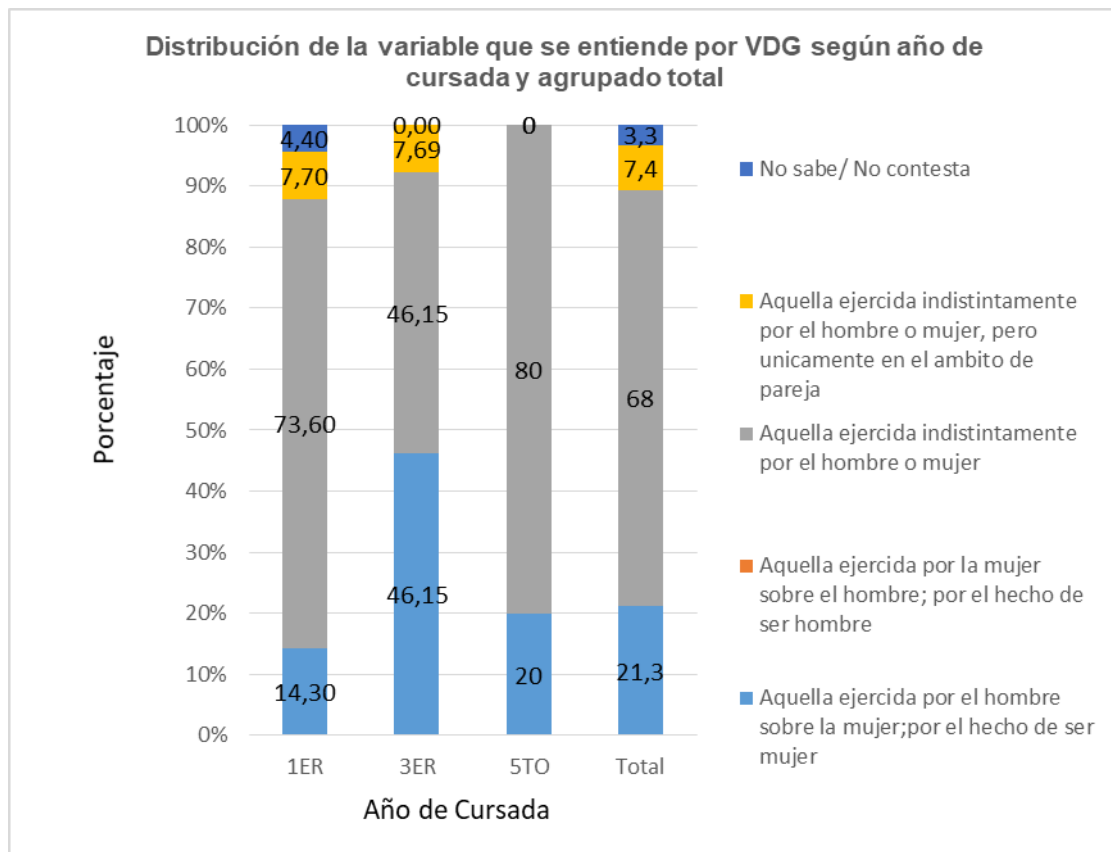


Gráfico 12: Distribución de la variable que se entiende por VDG según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar que en los tres grupos de estudiantes, la categoría que representa un mayor porcentaje para esta definición es “Aquella ejercida indistintamente por el

hombre o mujer” (68% para los datos agrupados). Dependiendo el año de cursada constituyen entre 46,15 al 80% de las/os alumnas/os de cada año de cursada. Las/os estudiantes que eligieron como definición “Aquella ejercida por el hombre sobre la mujer; por el hecho de ser mujer” conforman el 21,3% para el agrupado, siendo entre 14,30 al 46,15% al evaluar cada año de cursada. En orden descendente, las definiciones elegidas fueron “Aquella ejercida indistintamente por el hombre o la mujer, pero únicamente en el ámbito de la pareja” constituyendo el 7,4% para el agrupado. Teniendo en cuenta el año de cursada, esta opción comprende entre 7,4 al 7,60% del total de los estudiantes de cada año. Las/os estudiantes que representan la categoría No sabe/No contesta comprenden el 3,3 % de los datos agrupados. En el primer año constituyen el 4,40%, no encontrándose alumnas/os para las cursadas de tercer y quinto año.

El Gráfico 13, muestra la distribución porcentual del tipo de VDG que las/os estudiantes consideran más frecuente, para los tres grupos de estudiantes analizados. Se les solicitó a las/os alumnas/os que seleccionarán tantas respuestas como consideren adecuadas.

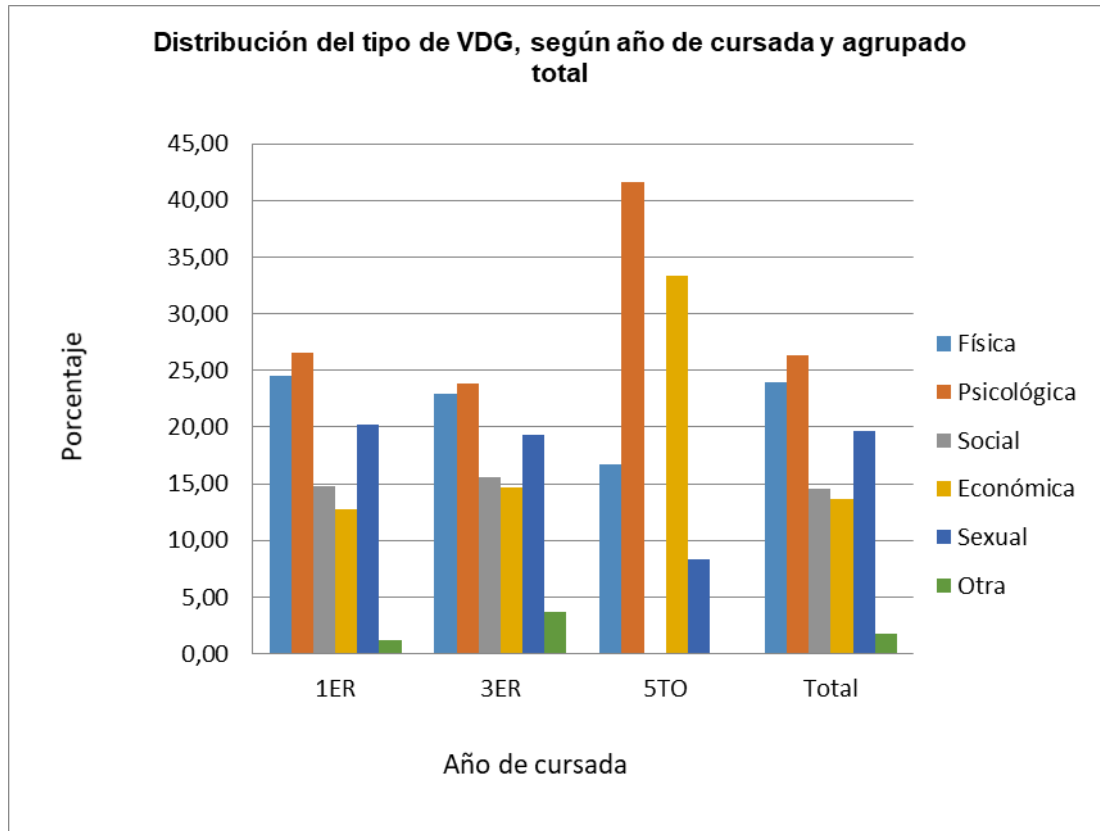


Gráfico 13: Distribución porcentual del tipo de VDG más frecuente, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar que en el primer año la opción más elegida como tipo de VDG que se da con mayor frecuencia, fue la violencia psicológica, repitiéndose esa elección en el tercer año también, aunque seguida muy de cerca por la elección violencia física en ambas cursadas. En orden descendente se encuentran las clasificaciones violencia sexual, violencia social y violencia económica como los tipos más frecuentes de VDG al evaluar en su conjunto a las/os estudiantes, y también para las/os estudiantes del primer y tercer año. En un grupo minoritario, las/os estudiantes de primer año seleccionaron otros tipos de VDG, entre ellos nombraron violencia cultural, violencia simbólica, violencia en el ámbito laboral y violencia virtual, en tanto las/os alumnas/os de tercer año nombraron violencia institucional y violencia simbólica. En el quinto año, se detectó que prima la categoría violencia psicológica, seguida por violencia económica, siendo violencia física y violencia sexual, las elegidas casi igualmente en orden minoritario. No hubo alumnas/os del ciclo superior que seleccionaran las categorías violencia social y Otra.

Consultados las/os estudiantes acerca de qué entienden por violencia doméstica, se presentan los resultados obtenidos en los tres grupos de estudiantes analizados en porcentajes (Gráfico 14).

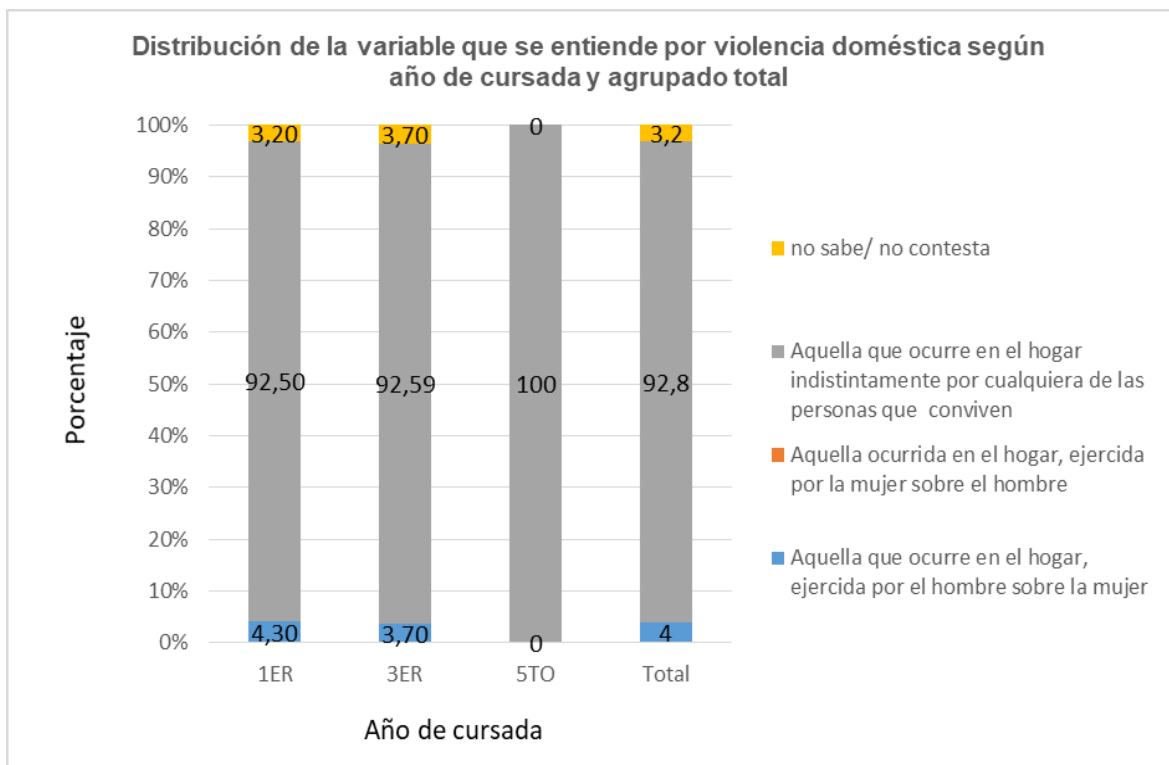


Gráfico 14: Distribución de la variable que se entiende por violencia doméstica, según el año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se comprobó que el mayor porcentaje corresponde a la categoría “Aquella que ocurre en el hogar indistintamente por cualquiera de las partes que conviven”, constituyen el (92,8% para los datos agrupados), en un grupo minoritario, se encuentran las categorías “Aquella que ocurre en el hogar, ejercida por el hombre sobre la mujer” conforman (4% para el agrupado) y “No sabe/ No contesta” comprende el 3,2% al evaluar el total de las/os estudiantes encuestadas/os. En el quinto año, el 100% de las/os estudiantes coincidieron en que la violencia doméstica es “aquella que ocurre en el hogar indistintamente por cualquiera de las personas que conviven” (Gráfico 14).

El Gráfico 15, muestra los resultados obtenidos al realizar la consulta “¿Cuál de estas situaciones cree que corresponden a VDG?” y se les brindó a las/os alumnas/os cinco posibles definiciones, de las cuales podían seleccionar más de una opción. Las respuestas obtenidas se resumen en el Gráfico 15.

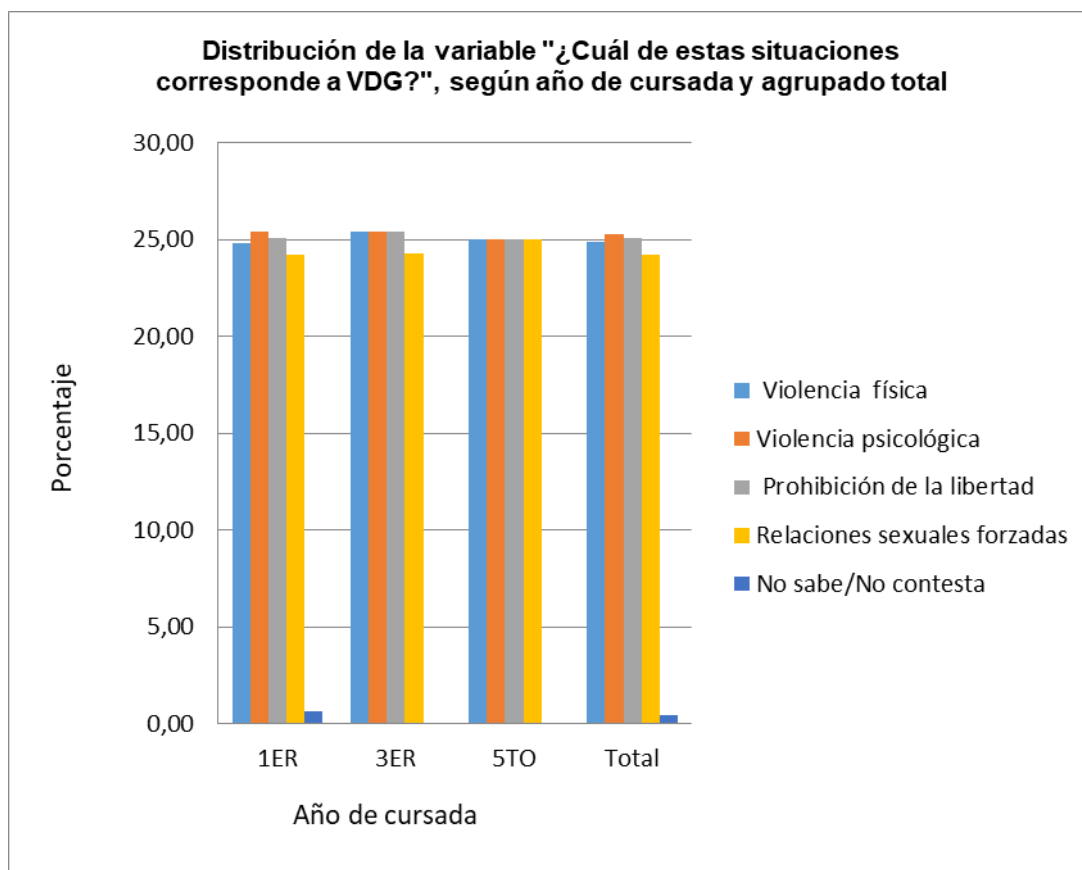


Gráfico 15: Distribución de la variable ¿Cuál de estas situaciones corresponde a VDG?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Casi todas las opciones han sido seleccionadas por igual en cada grupo de estudiantes consultados conforman (entre 24,90% al 25,30% para el agrupado total), siendo la opción “Relaciones sexuales forzadas” ligeramente (24,20% para los datos agrupados) menos elegida por las/os estudiantes de primer y tercer año. Sólo en el primer año apareció la opción “No sabe/ No contesta”.

Se indagó también acerca del conocimiento acerca de instituciones y/u organismos a los que se pueda acudir en caso de VDG, aunque no se les solicitó nombraran los mismos. Los resultados obtenidos son presentados en el Gráfico 16.

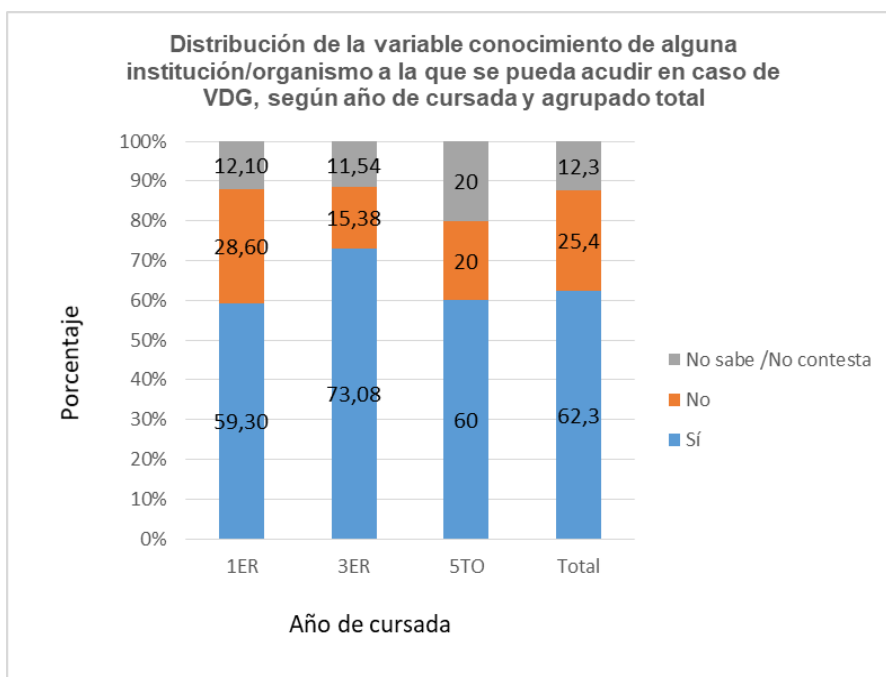


Gráfico 16: Distribución porcentual de la variable conoce alguna institución a la que se pueda acudir en caso de VDG, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se comprobó que el mayor porcentaje sobre conocimiento de instituciones que aborden problemáticas referidas a VDG constituyen la categoría “Sí” (62,3 % para los datos agrupados). Dependiendo el año de cursada conforman entre el 59,30 al 73,08%, de las/os estudiantes de cada año.

En el Gráfico 17, se muestran los resultados obtenidos cuando se les consultó a las/os estudiantes sobre si, en el centro de salud donde asisten, se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de VDG.

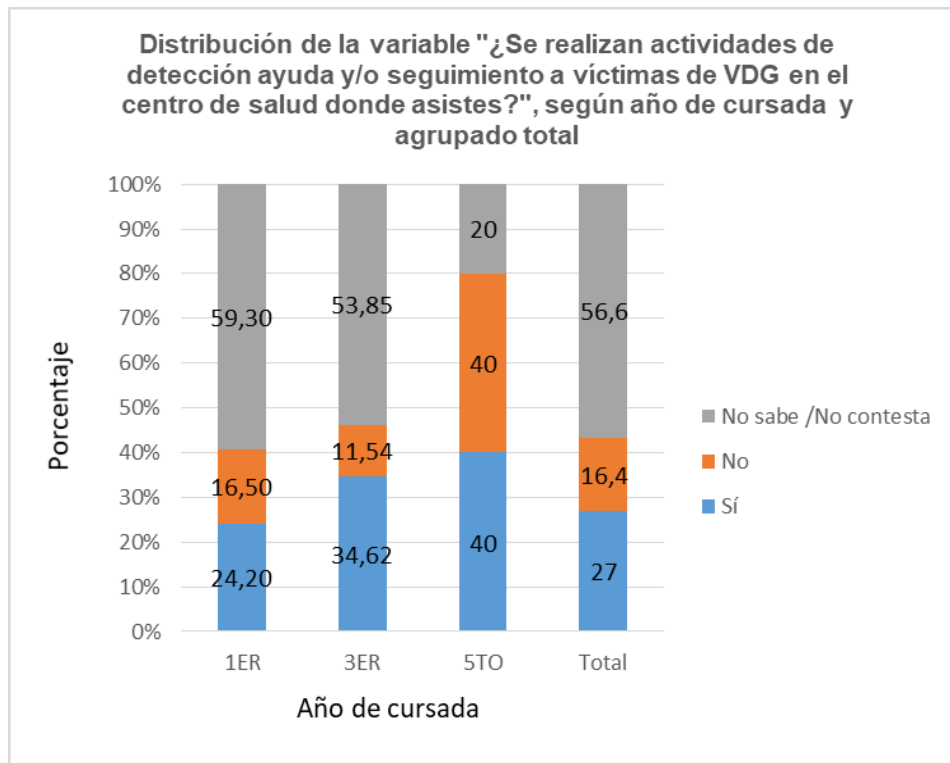


Gráfico 17: Distribución de la variable ¿Se realizan actividades de detección ayuda y/o seguimiento a víctimas de VDG en el centro de salud donde asistes?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar que el mayor porcentaje constituyen la categoría “No sabe/ No contesta” (56,6 % para los datos agrupados). Dependiendo el año de cursada conforman entre 20 al 59,30%, de las/os estudiantes de cada año. Las/os estudiantes del primer año son los que están comenzando con la asistencia a centros de salud.

Las/os estudiantes que representan la categoría “Sí”, componen el 27% para el agrupado. Teniendo en cuenta el año de cursada representan entre 24,40 al 40% del total de las/os estudiantes analizados. Las/os estudiantes que se encuentran distribuidos en el grupo “No” conforman 16,4 % al evaluar los datos en conjunto, siendo entre 11,54 al 40 % cuando se evalúa cada año de cursada.

6.3. ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERIA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

En los siguientes gráficos se describen las respuestas obtenidas por parte de las/os estudiantes, referidos a la actitud que poseen, o que esperan tener, sobre la violencia de género.

Para indagar en estas actitudes, los consultamos acerca de sus creencias acerca de la distribución del nivel socioeconómico en donde se presenta la VDG, describiendo estos resultados en el Gráfico 18.

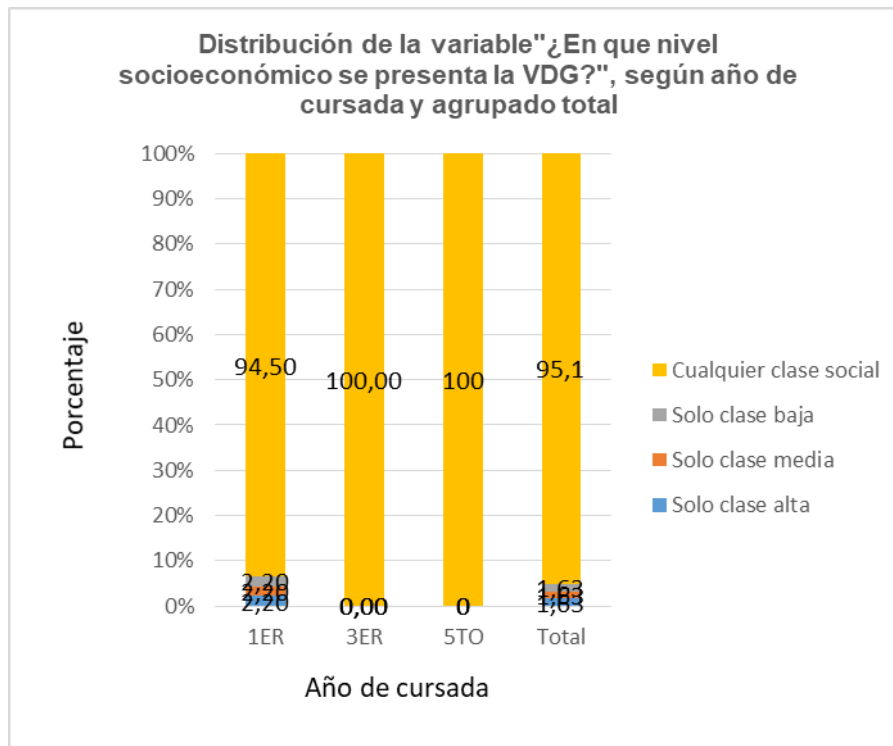


Gráfico 18: Distribución de la variable ¿En qué nivel socioeconómico se presenta la VDG?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

El 95,1 % de todas/os las/os encuestadas/os seleccionaron la categoría "Cualquier clase social" como el grupo en donde se da mayoritariamente la VDG. Sólo el 1,63 % seleccionaron por igual a las opciones: "Solo clase baja", "Solo clase media" y "Solo clase alta". Estos valores obtenidos para todo el muestreo están en realidad influidos por las apreciaciones sobre el tema de las/os estudiantes del primer año, ya que es el único año de cursada en donde se eligieron otras opciones (Ver gráfico 18).

En el Gráfico 19, se muestran los resultados obtenidos cuando se consultó a las/os estudiantes sobre si, como profesionales de enfermería, mantendrían una actitud de alerta ante un posible diagnóstico de violencia.

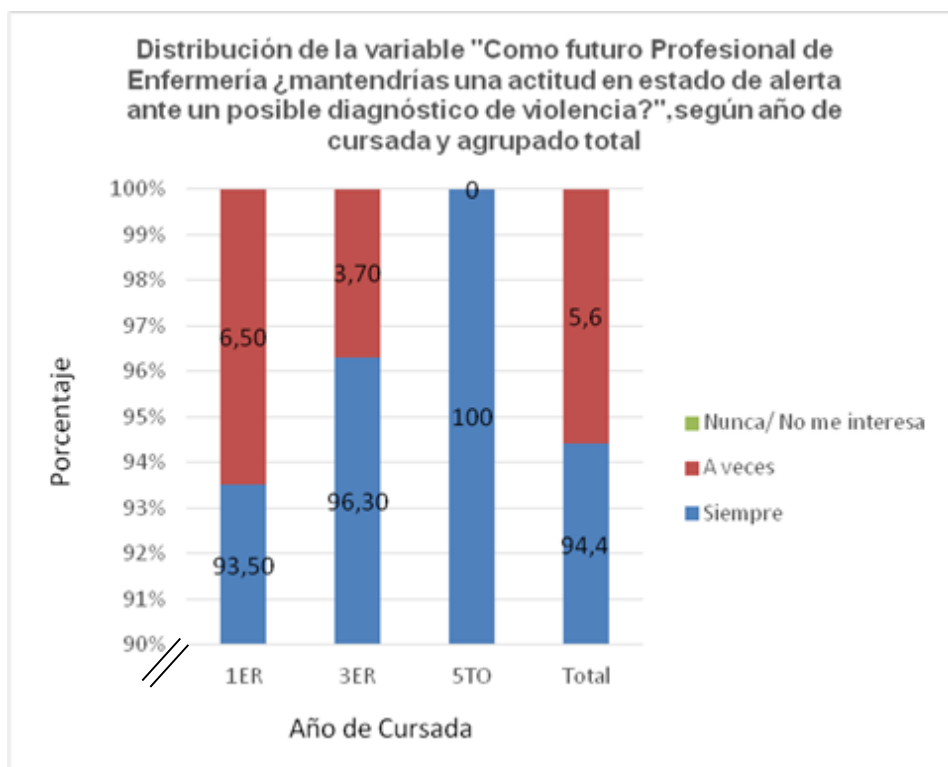


Gráfico 19: Distribución porcentual de la variable "actitud alerta como enfermero ante VDG", según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año. El eje porcentaje está cortado para poder apreciar los porcentajes de las opciones menos elegidas.

El 94,4% de todas/os las/os encuestadas/os consideran que "Siempre" mantendrán una actitud alerta como enfermera/o ante VDG, y el 5,6% considera que esto sucedería "A veces". Estos datos corresponden de un total de 125 alumnas/os que participaron de este trabajo. De acuerdo al año de cursada se puede observar que constituyen entre el 93,50% al 100%, las/os estudiantes que siempre tendrán una actitud alerta como enfermeras/os ante un posible diagnóstico de VDG (Gráfico 19).

En el Gráfico 20, se muestran los resultados obtenidos cuando se consultó a las/os estudiantes sobre si, como profesionales de enfermería ante un paciente con lesiones físicas, se plantearían como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos (violencia).

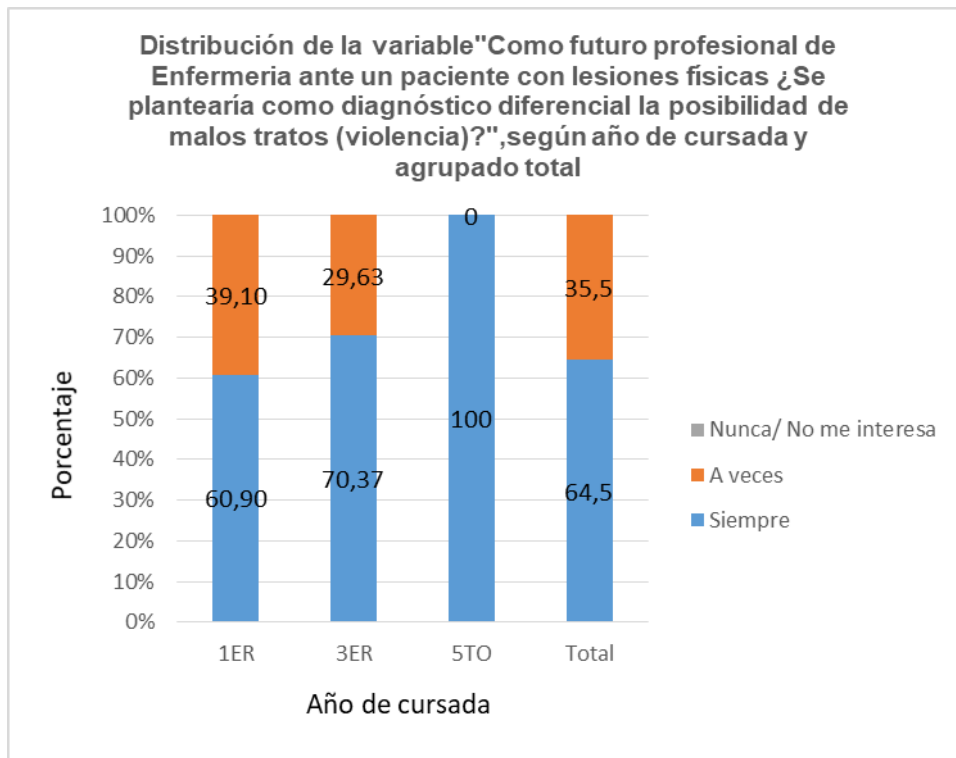


Gráfico 20: Distribución de la variable Como futuro Profesional de Enfermería ante un paciente con lesiones físicas ¿Se plantearía como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos (violencia)?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

El 64,5% de todas/os las/os encuestadas/os seleccionaron la opción "Siempre", y el 35,5% la opción "A veces". De acuerdo al año de cursada evaluado, estas diferencias pueden hacerse aún más notorias, como el caso de quinto año, donde el porcentaje de estudiantes que siempre como futuros profesionales de enfermería ante un paciente con lesiones físicas, se plantearían como diagnóstico diferencial la posibilidad de que sufre malos tratos (violencia) llega al 100% (Gráfico 20).

Indagados las/os estudiantes acerca de su conocimiento del protocolo de VDG que existe en la UNCo, los resultados se observan en el Gráfico 21.

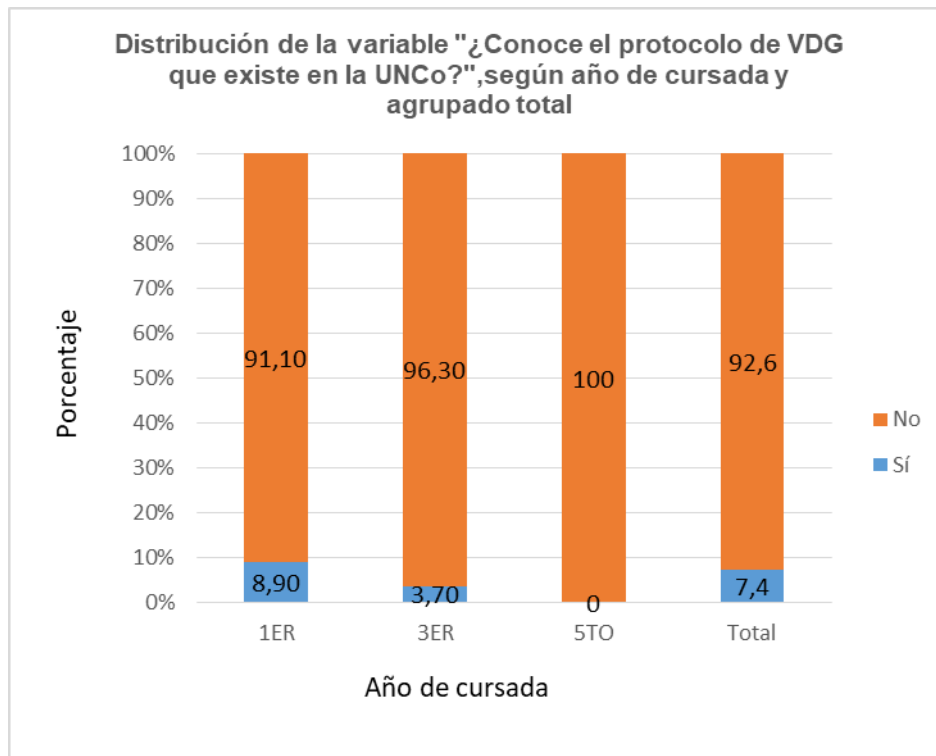


Gráfico 21: Distribución porcentual de la variable ¿Conoce el protocolo de VDG que existe en la UNCo?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En todos los grupos de estudiantes analizados se detectó que el mayor porcentaje no conoce el protocolo sobre VDG de la UNCo Bariloche, constituyendo el 92,6% para el agrupado de datos. Sólo el 7,4 % de las/os alumnas/os, evaluados los datos en conjunto, conocen el protocolo de la Universidad. En el caso del ciclo superior, es el 100% de las/os alumnas/os quienes no conocen el protocolo existente en la UNCo.

Consultados las/os estudiantes “En caso de ejercer la profesión de enfermero/a ¿Conoce el protocolo de VDG de su institución?”, respondieron (Gráfico 22):

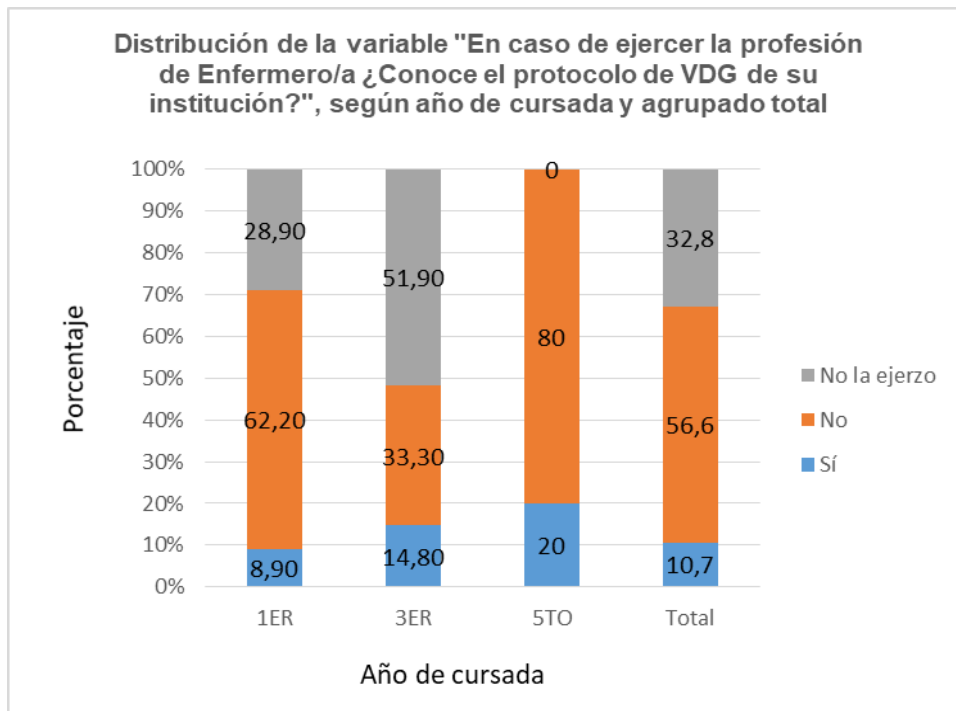


Gráfico 22: Distribución de la variable En caso de ejercer la profesión de enfermero/a ¿Conoce el protocolo de VDG de su institución?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

El 56,6% de todas/os las/os encuestadas/os pertenecen a la categoría "No", el 32,8% corresponde al grupo "No la ejerzo" y el 10,7% conforma la categoría "Sí". De acuerdo al año de cursada evaluado, estas diferencias pueden hacerse aún más notorias, como el caso de quinto año, donde el porcentaje de estudiantes que no conoce el protocolo de VDG de su institución llega al 80% (Gráfico 22).

En el Gráfico 23 se muestra, el porcentaje de las respuestas obtenidas por parte de los tres grupos de estudiantes a la consulta "Como futuro profesional de enfermería ¿Aplicarías el protocolo de VDG en su trabajo? "

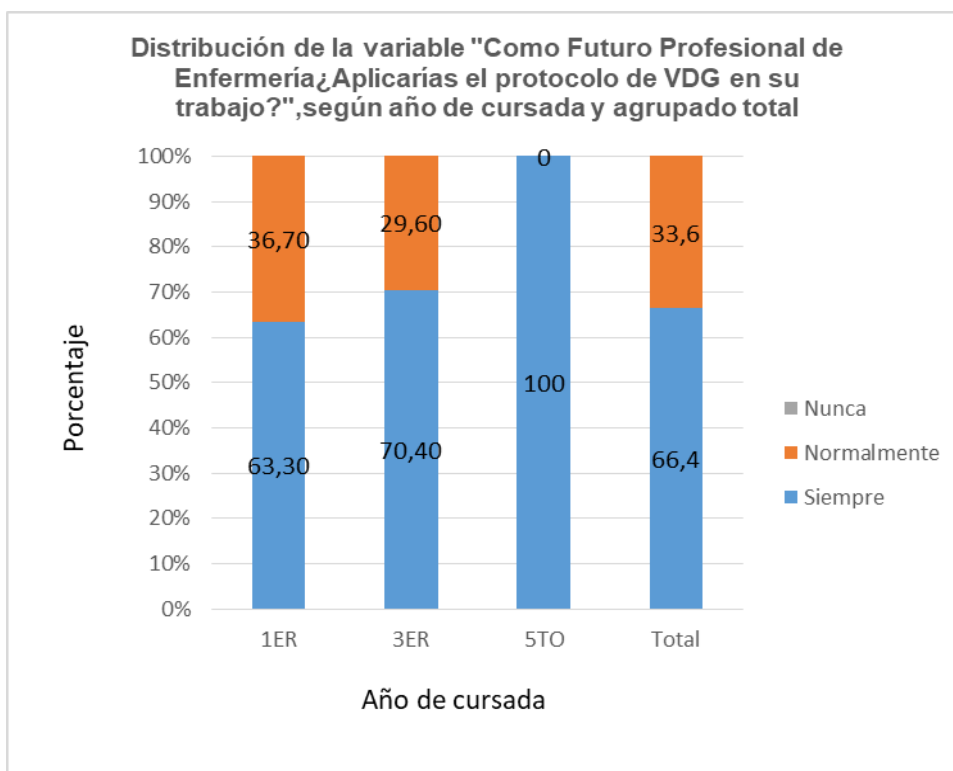


Gráfico 23: Distribución de la variable Como futuro profesional de Enfermería ¿Aplicarías el protocolo de VDG en su trabajo?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

En los tres grupos de estudiantes se comprobó que el mayor porcentaje corresponde al grupo “Siempre”, esta categoría constituye el 66,4% para el agrupado. Al evaluar los datos en conjunto, el porcentaje de alumnas/os que “Normalmente” aplicaría el protocolo de VDG en su trabajo es del 33,6%. En el ciclo superior, se puede observar una diferencia notoria, el 100% de las/os alumnos, siempre aplicaría el protocolo de VDG en su institución (Gráfico 23).

Cuando a las/os estudiantes de la Licenciatura en Enfermería se les pregunta acerca de sus percepciones sobre cuál sería el mayor problema a la hora de detectar un caso de VDG, la selección entre 5 opciones posibles, de las cuales se podía elegir más de una opción, se presenta en el Gráfico 24.

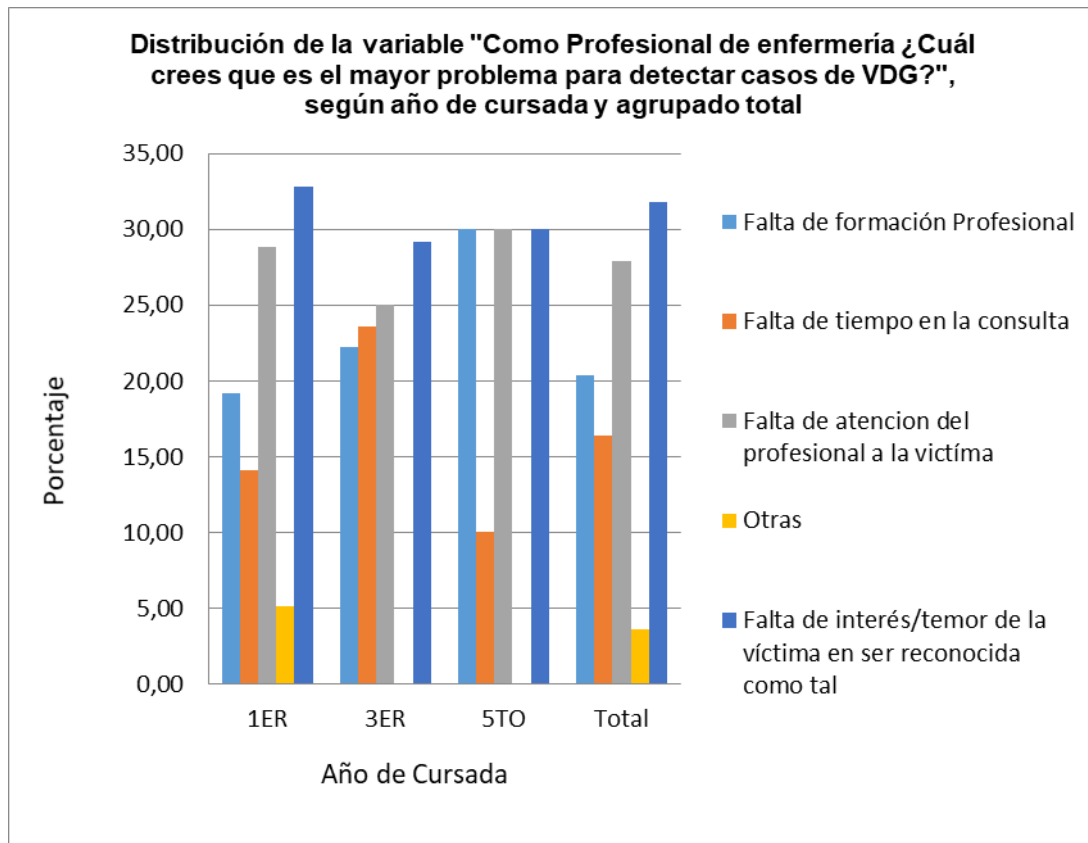


Gráfico 24: Distribución porcentual de la variable Como profesional de enfermería ¿Cuál crees que es el mayor problema para detectar casos de VDG?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Para las/os estudiantes del primer año, se detectó que las/os mismas/os consideran que la Falta de Interés/ temor de la víctima en ser reconocida como tal es el mayor problema para detectar casos de VDG. La Falta de atención del profesional a la víctima es la siguiente opción elegida, en tanto que la Falta de formación profesional y la Falta de tiempo en la consulta son las siguientes opciones elegidas, en tanto la categoría Otras, conforman un grupo minoritario del total de las/os estudiantes analizados. Para las/os estudiantes de tercer año la moda estadística fue la categoría “Falta de Interés/ temor de la víctima en ser reconocida como tal”. Las opciones “Falta de atención del profesional a la víctima”, “Falta de tiempo en la consulta” y “Falta de formación profesional” fueron las elegidas en ese orden, al evaluar en su conjunto los datos de las/os estudiantes. En las/os estudiantes que cursaban el quinto año, las categorías “Falta de formación profesional”, “Falta de atención del profesional a la víctima” y “Falta de interés/ temor de la víctima a ser reconocida como tal”, fueron seleccionadas con el mismo porcentaje. La siguiente opción elegida en este grupo de

estudiantes fue “Falta de tiempo en la consulta”. La categoría “otras” no fue elegida entre los alumnos/os de tercer y quinto año.

Consultadas/os las/os estudiantes acerca de cuál sería para ellas/os la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VDG por parte de las/os enfermeras/os, se obtuvieron los resultados presentados en el Gráfico 25. Se les solicitó a las/os alumnas/os que seleccionarán tantas respuestas como consideren adecuadas.

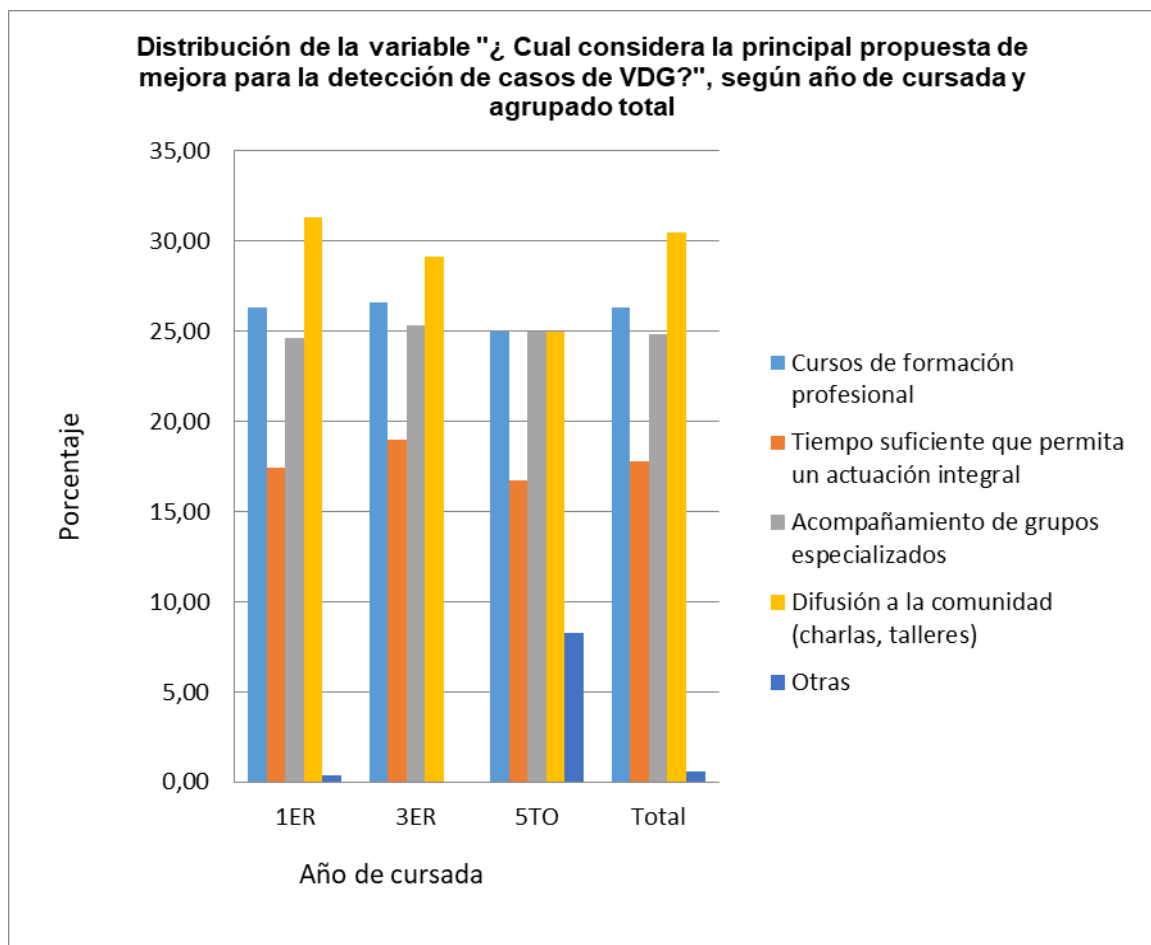


Gráfico 25: Distribución porcentual de la variable ¿Cuál consideras la principal propuesta de mejora para la detección de casos de VDG?, según año de cursada y agrupado total. Los valores dentro del área del gráfico representan el porcentaje de estudiantes dentro de cada año.

Se puede observar en el Gráfico 25 que en el primer y tercer año la principal propuesta para detectar casos de VDG, elegida por las/os alumnos corresponde a “Difusión a la comunidad”, con el objetivo de concientizar a la sociedad acerca de que es la VDG a

través charlas, talleres etc., seguida muy de cerca por la opción “Cursos de formación profesional”-.

Las opciones “Acompañamiento de grupos especializados” en el que se podrían incluir (trabajadores sociales, psicólogos etc.) y “Tiempo suficiente de atención que permita una actuación integral”, son las propuestas que siguen en elección por parte de las/os alumnas/os de primer y tercer año.

Las/os estudiantes de primer año eligieron también la opción “Otra”, aunque en un porcentaje mínimo (0,40%). Esta opción no fue elegida por las/os alumnas/os de tercer año. Para las/os estudiantes de quinto año en tanto, eligieron con el mismo porcentaje (25%) las opciones “Cursos de formación profesional”, “Acompañamiento de grupos especializados” y “Difusión a la comunidad”. La opción “Tiempo suficiente que permita una actuación integral” fue la respuesta minoritariamente elegida (16,7%). La opción “Otra”, también fue elegida (8,3%), pero las/os alumnas/os no desarrollaron ninguna propuesta al respecto.

7. DISCUSIÓN

Este proceso de investigación permitió revisar la importancia de la violencia de género en la formación universitaria de las/os estudiantes de la UNCo-CRUB, esperando que las/os estudiantes adquieran los conocimientos y las actitudes que les permitirán, como futuras/os profesionales de enfermería, valorar e identificar situaciones sobre VDG, objetivo general de este trabajo.

Adicionalmente, esta investigación brinda información que aporta a los objetivos de la carrera de Enfermería, en particular a los que refieren a la formación de profesionales que presten una atención de la salud de calidad (enunciados en el capítulo N° 4).

7.1. CARACTERIZACIÓN SOCIECONÓMICA DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

El primer objetivo específico planteado en este trabajo fue la determinación socioeconómica de la población encuestada. Para ello se señala la población de interés, que son las/os estudiantes de primero, tercero y quinto año de la Licenciatura en Enfermería, incluyéndose a todas/os las/os estudiantes que cursaban el segundo cuatrimestre del año lectivo 2019. Esta población fue elegida ya que nos interesaba indagar y describir el nivel de conocimiento referido a VDG de las/os estudiantes que recién iniciaban la carrera (primer año), las/os que estaban por recibirse del primer ciclo (tercer año); éstas/os alumnas/os, al finalizar el primer ciclo de la carrera, obtienen el título de Enfermera/o y estarán capacitados para el ejercicio profesional en relación de dependencia y en forma autónoma, desarrollando, brindando y gestionando los cuidados de Enfermería independientes e interdependientes para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la persona, la familia, grupo y comunidad hasta el nivel de complejidad de cuidados intermedios, en los ámbitos comunitario y hospitalario; gestionando su trabajo y participando en estudios de investigación-acción (Ley 24004, 1991; Ley 2999, 1996). Las/os estudiantes de quinto año fueron elegidas/os para formar parte de este trabajo ya que al finalizar el segundo ciclo de la carrera, obtendrán el título de Licenciada/o en Enfermería. Éste título los habilitará para administrar Servicios de Enfermería y cuidados enfermeros a las personas, grupos sociales y comunidades, en las distintas etapas del ciclo vital,

incluyendo los de alto riesgo para la salud, en todos los niveles de atención y prevención. Esta tarea se realiza a través de un proceso de investigación – formación, a fin de dar respuesta a las necesidades de la población, como así también elaborando y participando en programas de salud, ejerciendo actividades de formación de recurso humano enfermero, integrando equipos interdisciplinarios e intersectoriales, etc. (Ley 24004,1991; Ley 2999,1996; CRUB, 2006).

En el año de estudio, la población analizada estaba constituida, mayoritariamente, por estudiantes de entre 17 y 27 años de edad (82%, Gráfico 1). El ingreso a la universidad es libre e irrestricto (Ley nacional 24521,1995), y una gran cantidad de jóvenes que concluyen sus estudios de educación media ingresen a la carrera de Enfermería; la misma es la única oferta académica de educación superior con validez nacional relacionada directamente con el Sistema de Salud emplazada en la ciudad de San Carlos de Bariloche. Al ser una carrera de 3 o 5 años, dependiendo de la titulación que se pretenda alcanzar, es de suponer la mayor frecuencia en este rango etario. Por otro lado, la identificación histórica de la enfermería como profesión de mujeres, junto con el importante elemento que es el trabajo manual en enfermería, ha ejercido una decisiva influencia en la elección de esta carrera por parte de la población femenina a lo largo de los años (Jacox, 1979). Los datos registrados por este estudio coinciden con esta observación, detectando que en la UNCo-CRUB existe un predominio de estudiantes del sexo femenino (84%) sobre el sexo masculino (Gráfico 2). En cuanto al estado civil de las/os estudiantes que participaron, la gran mayoría de las/os encuestadas/os son solteras/os (en las/os alumnas/os de quinto año esta opción representa el 100%); estos resultados podrían reflejar que hay situaciones relacionadas con la constitución de una familia que serían capaces de complejizar la continuidad de los estudios universitarios y que llevarían al abandono de la carrera. Relacionando los datos obtenidos del estado civil con los obtenidos en la pregunta referida a con quién viven las/os alumnas/os (Gráfico 3 y 4), para las/os alumnas/os de 1^{ro} y 5^{to} año se encuentra una relación directa de los resultados obtenidos ya que el porcentaje de estado civil (convivencia o casada/o) coincide con los valores obtenidos de con quién viven (pareja). En el caso de las/os estudiantes de 1^{er} año, el 18,28% están casadas/os, y conviven o viven en pareja. Para las/os alumnas/os de 5^{to} 100 % son solteras/os y viven solas/os o con un familiar. Las/os alumnas/os de

3^{er} año, un 25,92% refirieron en estado civil convivencia o estar casadas/os (Gráfico 3) y un 33,33% refiere vivir en pareja (Gráfico 4), esta diferencia (7.41%) puede estar atribuida a que conviven, pero realizan esta convivencia en la casa de un familiar.

Hay múltiples autores que explican el perfil socio cultural de las/os estudiantes universitarias/os en general, pero ninguno de ellos lo hace directamente en las carreras de Enfermería de la República Argentina. De los trabajos que abordan a las/os estudiantes universitarias/os en general, hay tres autores representativos que podrían explicar los resultados obtenidos. En un trabajo realizado en la Universidad Nacional de Río Negro en la carrera de odontología que forma parte del Sistema de Salud, la Magister Mónica Leticia Zanchin (2017), describe el perfil de las/os alumnas/os de 1^{er} año de la cohorte 2014, e investiga perfiles comunes en los mismos relacionados con la deserción. Esta autora refiere *“si bien la mayoría de los alumnos no son casados, la proporción de casados aumenta en el grupo de alumnos que abandonan (...)”*. *“Esta carrera no está preparada para que sus alumnos trabajen. La cantidad de horas de asignaturas cursadas impiden absolutamente la posibilidad de cumplir con una actividad laboral por lo menos si se piensa en un trabajo con horarios convencionales. La cursada y prácticas son de carácter obligatorio. Esto lleva a afirmar que si un alumno es casado y por lo tanto depende económicamente de su trabajo se encuentra en una situación incompatible con cursar (...)”*. Esta conclusión de la autora podría aplicarse a la carrera de Enfermería de la UNCo-CRUB, y por ende a nuestros estudiantes: sin duda resulta complicado tener una familia, estudiar y trabajar a la vez. Esta problemática se puede extender a otras carreras y ciudades de nuestro país. Giovagnoli (2002), realizó un estudio en el cual se investigaba el problema de la deserción y graduación de las/os estudiantes universitarias/os de una cohorte de la carrera de Contador Público de la Universidad Nacional de Rosario. Para ello se utilizó un modelo de riesgo proporcional no paramétrico, de manera de estimar los efectos cualitativos y cuantitativos de factores personales y características socioeconómicas de las/os alumnas/os sobre las probabilidades condicionales de deserción y graduación. Esta autora encontró que las/os alumnas/os solteras/os tienen mayor riesgo de desertar, pero a su vez, mayor probabilidad de graduarse (Giovagnoli, 2002). Lo que podría explicar la presencia del 100% de alumnas/os solteras/os en 5^{to} año de nuestra carrera. González- Velázquez et al. (2014) realizaron

un estudio descriptivo-transversal con estudiantes del ingreso de enfermería del año 2011 de las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zagarosa (México). El objetivo de la investigación fue analizar el perfil de las/os estudiantes que ingresan a la Licenciatura en Enfermería. La población de estudio fueron 600 alumnas/os, y la recolección de la información fue a través de un cuestionario. En dicho estudio detectaron que el mayor porcentaje de alumnas/os que ingresa a la carrera es soltera/o, coincidiendo con los resultados obtenidos en el presente estudio para la misma carrera (79,57%), y posiblemente en relación con la edad de los ingresantes.

En cuanto a la forma en la cual las/os estudiantes se sustentan económicamente, son muy pocas/os las/os alumnas/os de 1^{er} y 3^{er} año que son económicamente independientes (se mantienen por sí solas/os); la gran mayoría es a través de un familiar (Gráfico 5), como explicó la Magíster Mónica Leticia Zanchin (2017) el trabajar podría extrapolarse a un impedimento para el cursado de la carrera. Algunos autores afirman que el nivel socioeconómico de las/os alumnas/os de enfermería es en general bajo en relación a otras carreras (Aiello *et al.*, 2007; Irigoyen *et al.*, 2009; González-Velázquez *et al.*, 2014). No indagamos en nuestro cuestionario la relación que pudiese existir entre la elección de la carrera y el poder adquisitivo de los que la eligen. Por otra parte, a diferencia de las/os estudiantes del primer ciclo, el 80 % de las/os alumnas/os de 5^{to} año se mantiene con aportes propios; estos alumnas/os ya poseen el título de Enfermera/o que los habilita a trabajar, y que se acompaña con existencia de una gran demanda de enfermeras/os en nuestro país; en la Argentina, las/os trabajadoras/es de Enfermería contabilizan un total de 234.527 (Ministerio de Salud, 2020). Y su relación con la población del país representa 52,19 del personal de enfermería cada diez mil habitantes, contabilizando los tres niveles de formación; mientras que, si consideramos enfermeros/as y licenciados/as, la tasa desciende a 35,57 cada 10.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2020). La tasa de enfermeras/os profesionales (licenciadas/os y técnicas/os) en Argentina por mil habitantes para el año 2019 es de 3,55 (Ministerio de Salud, 2020), por lo que existe un importante campo laboral para los Enfermeros titulados.

7.2. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Las creencias sexistas están interiorizadas en las personas, y los mecanismos a través de los cuales se siguen transmitiendo el sexismo y la violencia son generales, profundos y, a veces, sutiles; son transmitidos en el ámbito familiar y por la comunidad (Lampert-Grassi, 2018). Para minimizar estas creencias sexistas y mejorar la actitud ante el problema, Nayak et al. (2003) sugieren transmitir un modelo no sexista de relaciones en el ámbito universitario, además de insistir en que se deben incluir en el currículum académico universitario. (Nayak et al., 2003). En nuestro trabajo, al consultar al alumnado, se determinó que el 60 % del total de las/os encuestadas/os han cursado en alguna asignatura temas de VDG, pero cuando se les consulta si obtuvieron las herramientas necesarias para actuar frente a situaciones de VDG la respuesta es desalentadora: sólo 36,8% del total responde favorablemente (Gráficos 6 y 7) .Para poder entender estos resultados, se consultó vía mail a las/os docentes de las siete (7) asignaturas mencionadas por las/os estudiantes si se encuentra este tema (VDG) en la currícula de la asignatura, cómo abordan la VDG y si llevan a cabo alguna práctica relacionada con VDG. Un docente respondió que si se encuentra en una de las unidades de su materia: el maltrato, violencia, violencia de género. Se aborda mediante talleres sobre abuso sexual, taller de violencia y en algunos casos se trata el tema de violencia con niñas/os en las escuelas; existen además prácticas/ talleres que se realizan en escuelas u otros centros. Otra docente contesto que aborda el tema y que trabaja problematizando y evaluando desde una perspectiva crítica. Referido a si se realizan prácticas afirma que no, la cátedra no tiene espacio a prácticas comunitarias, pero que en los trabajos prácticos se plantean situaciones que permiten abordar el tema. Otra docente ofreció bibliografía pero no respondió las preguntas. Solo tres docentes contestaron el e-mail, cabe tener en cuenta que uno de los roles de los docentes deviene de la función de ayudar al otro a ser presencia consciente en el mundo, y brindar retroalimentación a las/los estudiantes.

Estos resultados (Gráfico 6) ponen al descubierto que, aunque la VDG es un tema de las asignaturas de grado, posiblemente faltaría ampliar el número de asignaturas en donde se trate el tema, además de incorporar en la temática herramientas que permitan el abordaje y detección de casos de VDG (Gráfico 7). Estos resultados se podrían relacionar con lo expresado por Sundborg et al. (2012) que refiere que los profesionales de enfermería, tras finalizar los estudios de grado, están poco

preparados para proporcionar cuidados a las mujeres víctimas de VDG, y que las/os enfermeras/os que reciben formación lo hacen, en su mayoría, por iniciativa propia (Sundborg et al., 2012). Otros autores pusieron a prueba la hipótesis de que las/os estudiantes de enfermería, que han recibido formación en VDG antes de graduarse, tengan mayores conocimientos y preparación para gestionar profesionalmente casos de VDG (Becarria et al., 2013), aunque en su estudio, esta hipótesis resultó desestimada.

La sociedad está tomando conciencia en los últimos años de que la VDG es un importante perjuicio a la salud de la mujer y reconocen sus limitaciones en cuanto a las acciones concretas por parte de las instituciones. Por ello resulta fundamental la preparación integral de las/os estudiantes de enfermería frente a las necesidades imperantes, para ofrecer los cuidados necesarios. Es alentador que un 81,6% del total de las/os encuestadas/os considere que la perspectiva de género debe ser un contenido transversal a la carrera (Gráfico 8). El tratamiento transversal de saberes y temas en la carrera implica reconocer a su vez interacciones transversales entre los sujetos implicados. Para ello resulta central escuchar y establecer vínculos con redes de docentes y profesionales preocupados en esta temática que afectan a toda la sociedad. La relación de cuidado que se establece entre enfermeras/os y pacientes sin duda permite valorar de forma integral a la persona, valorando su entorno familiar y social (Lagoueyte-Gómez, 2015).

En nuestro estudio un 63,2% del total de las/os estudiantes encuestadas/os refirió tener el conocimiento para detectar casos de VDG (Gráfico 9), aunque no encontramos una correlación con respuestas anteriores relacionadas a si la Universidad brindó conocimientos (Gráfico 6), herramientas y/o acciones para la detección (Gráfico 7). Esto puede deberse a que los conocimientos que poseen las/os estudiantes los adquirieron por otras vías fuera del ámbito universitario. Los autores Díaz-Aguado (2003) y Ferrer et al. (2006) encontraron que los medios de comunicación ejercen una gran influencia en la formación sobre género, a veces superior a la influencia académica en la formación. Múltiples autores destacan el papel que desempeñan los medios a la hora de transmitir estereotipos sexistas, resultado que conviene tener en cuenta para que los intentos de erradicar este

problema resulten eficaces (Díaz-Aguado, 2003; Nayak et al., 2003; Ferrer et al., 2006; Lampert-Grassi, 2018).

La percepción de las/os alumnas/os acerca del aporte que la Universidad realiza en su formación sobre la temática en VDG fue también relevado al ser consultadas/os las/os estudiantes sobre si la Universidad les brindo los conocimientos necesarios para detectar casos de VDG, las respuestas se pudieron dividir en dos grupos: las/os alumnas/os de 5^{to} año, y las/os estudiantes de 1^{er} y 3^{er} año. (Gráfico 10), Más de un 50% de las/os estudiantes de este último grupo contestaron que la Universidad aportó poca información para la detección de VDG. Las/os alumnas/os de enfermería en la UNCo-CRUB concurren a diferentes centros de salud a hacer sus prácticas desde el comienzo de la carrera, por lo que este resultado es preocupante. Es sabido además que las mujeres víctimas de VDG, acuden más que el resto de mujeres a los servicios sanitarios y éstas presentan un estado de salud en general más complicado, tanto a nivel físico como psicológico (Juárez et al., 2017); en numerosas ocasiones los síntomas que presentan las mujeres aparecen enmascarados con otros síntomas tales como consultas reiteradas por síntomas banales, somatizaciones, trastornos psicológicos inespecíficos y mayor consumo de antidepresivos (Calvo-González & Camacho-Bejarano, 2014). Uno de los roles de las/os enfermeras/os es poder identificar los signos y síntomas de la persona maltratada. En el otro grupo (alumnas/os de 5^{to} año), el mayor porcentaje obtenido (40%) reclamaron mayor discusión del tema; ellas/os han realizado más prácticas profesional, por lo que con sus respuestas resaltan la importancia de la discusión en las aulas sobre la VDG, entendiendo su responsabilidad profesional y re significando la labor asistencial y el cuidado integrales a las mujeres víctimas de VDG (Echarte-Pazos et al., 2010). El conocimiento del fenómeno de la VDG, las causas, las formas de violencia, los mecanismos, las consecuencias entre otros parámetros, les permitirá identificar los signos, síntomas y conductas que son indicadores de la existencia de violencia de género. Debemos recalcar que la labor de Enfermería representa un papel muy importante dentro de la sociedad en general y en particular referido a VDG, dado que son los profesionales del área de la salud más cercanos a las personas, por lo que las mujeres generan empatía con ellos (Sastre-Domingo, 2012).

La VDG representa un problema de salud pública para los estados; en Argentina este problema no ha sido dimensionado en su justa magnitud, pues no se han realizado trabajos que midan la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres (Gherardi, 2012). Tajer et al. (2012) refiere que además no se incorporan, como práctica habitual, los protocolos de detección temprana y tamizaje en la atención general de la salud de las mujeres. Las mujeres, debido a la situación desfavorable en la que se encuentran en el plano social, económico y político, tienen más obstáculos en la protección de su salud física, emocional y mental (Tajer et al., 2012). Atendiendo a esta particularidad es que se debe preparar a las/os alumnas/os para detectar los problemas a tiempo y así poder actuar tempranamente. Por ello, se los consultó a las/os estudiantes acerca de su nivel de conocimiento sobre VDG (Gráfico 11), manifestando en su mayoría que el nivel fue “medio”, para todos los grupos analizados. Resulta llamativo que a medida que se avanza en la carrera, las/os estudiantes sienten que tienen menos conocimientos sobre la VDG: el 40,9 % de las/os estudiantes de primer año consideran tener un nivel alto o muy alto de conocimiento sobre VDG, en tanto estos porcentajes fueron de 29,63% para las/os estudiantes de tercer año y de 20% para las/os de quinto año. Es posible que sus conocimientos sobre el tema provengan de fuentes no formales, y conforme avancen en su profesionalización detecten la ausencia de información verificada sobre VDG. Todas/os las/os estudiantes consultadas/os han ya realizado prácticas en la atención primaria, y el hecho que la respuesta más frecuente sea poseer un nivel medio de conocimientos refleja que pudieron no haber interiorizado aún el rol profesional del enfermera/o referido a VDG, o que sientan que la Universidad le ha aportado poco conocimiento sobre VDG. Las/os estudiantes deben comprender que el cuidado y el acompañamiento de las víctimas es una de las competencias pilares de enfermería (Ley 24004,1991).

La violencia en cualquiera de sus formas es una vulneración de derechos que implica múltiples consecuencias negativas en el bienestar de las personas perjurando su salud física y emocional, su desarrollo cognitivo, su autoestima y sus relaciones interpersonales (Águila-Gutiérrez et al., 2016). La VDG se trata de una violencia que afecta a las mujeres por el mero hecho de serlo (Ley 24004,1991). Sin embargo, esta no fue la respuesta predominante en el grupo de estudiantes encuestados (Gráfico

12). Observamos que existe una construcción social que genera creencias que hacen primar una percepción errónea de que VDG es ejercida indistintamente por el hombre o la mujer, constituyendo el 68% del total de las respuestas en los estudiantes encuestados. Estos valores resultan contradictorios con la pregunta anterior: la mayoría de las/os encuestadas/os consideran que su nivel de conocimientos es bueno, muy bueno o excelente, más son muchos los que no pueden dar una definición adecuada de lo que la VDG es (los mejores resultados se obtuvieron entre las/os estudiantes de tercer año, donde casi la mitad de las/os encuestadas/os definió adecuadamente a la VDG (Gráfico 12), o que no pueden definir claramente lo que es la violencia doméstica (Gráfico 14) (ONU,2020). Resulta relevante señalar, en relación a los resultados aquí obtenidos, que los conocimientos insuficientes, conceptos erróneos y/o ausentes acerca de VDG puede repercutir en el rol de las/os estudiantes de enfermería y constituir una futura barrera en las acciones de detección e intervención (Ruiz-Peña et al., 2010). De ahí la importancia de focalizar, en los estudios de enfermería los esfuerzos para la formación de profesionales como futuros educadores en este ámbito.

Por otra parte, la Ley Nacional de Protección Integral a las Mujeres N° 26485, 2009 contempla cinco tipos de violencia: psicológica, física, simbólica, económica y patrimonial, y sexual. A estos tipos de violencia se le suman nuevas modalidades (formas en la que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos) quedando comprendida además la violencia doméstica, la violencia institucional, la violencia laboral, la violencia contra la libertad reproductiva, la violencia obstétrica y la violencia mediática (Ley Nacional 26485, 2009). Consultadas/os acerca de los tipos de violencia de género (modo en el que el agresor daña a la víctima) reconocían como VDG, la mayoría de las/os estudiantes reconocieron a la violencia psicológica como el primer tipo de violencia ejercida, seguida muy de cerca por la violencia física para alumnas/os de 1^{er} y 3^{er} año (quienes no consideran tan relevante a la violencia económica) y la violencia económica para los alumnas/os de 5^{to} año (quienes no mencionaron a la violencia social entre los tipos de violencia que consideran más frecuentes) (Gráfico 13). De acuerdo al INDEC, en el Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres RUCVM (2013 a 2018), la violencia psicológica está presente en el 86,0% de los casos registrados; seguida

por la violencia física, coincidiendo con la percepción que sobre el tema se obtuvo en nuestra encuesta. La violencia contra las mujeres es un fenómeno multicausal que está sustentado por determinadas estructuras de poder y dominación en las que todos estamos inmersos, y que conforman el orden social patriarcal. De él se deriva, en lo esencial, la condición de inferioridad con que se trata a las mujeres en las familias y en la sociedad, tanto en la vida privada como en la pública (Hernández-Pita, 2014)

Se consultó las/os estudiantes que entendían por violencia doméstica (Gráfico 14) (ONU, 2020). ; Más del 90 % de las/os estudiantes refirieron que la violencia doméstica es aquella que ocurre en el hogar indistintamente por cualquiera de las partes que conviven. Creemos que esta respuesta puede deberse a una construcción social que lo doméstico se lo atribuye a sucesos que ocurren dentro del hogar. Entre las modalidades (formas en las que se manifiestan la violencia); se encuentra la violencia doméstica, que se define como *“aquella ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar [que siempre es hombre], independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia”* (Ley 26485, 2009). En el estudio sobre la violencia doméstica realizado por la OMS pone de manifiesto que la violencia ejercida por la pareja es la forma de violencia más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos (OMS, 2005).

La Ley Nacional de Protección integral contra las mujeres 26485, 2009 define la violencia contra las mujeres como toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes (Ley 26485, 2009). Teniendo en cuenta esta definición, resulta alentador que las/os

estudiantes identifiquen a todas las opciones planteadas anteriormente como situaciones que corresponden a VDG (Gráfico 15). Además de reconocer los tipos de violencia, las/os estudiantes, en su mayoría manifestaron conocer instituciones y/o organismos a los que se pueda acudir en caso de VDG (Ver Gráfico 16). Esta respuesta es un buen indicador ya que, como ya fuera manifestado, es función del enfermera/o el cuidado integral de las personas, por lo que es imprescindible que sean capaces de ayudar a la víctima brindando contención e información de los organismos a los cuales acudir, y que actúan como receptores de denuncia. Estos son entes del Estado, con competencia para recibir cualquier tipo de denuncia, y también organizaciones no gubernamentales que han asumido la tarea de registrar y denunciar, así como de brindar asistencia legal a las víctimas.

Las/os profesionales sanitarias/os, y particularmente los profesionales de atención primaria, constituyen un elemento clave para la detección precoz y el abordaje integral de los malos tratos por estar en un lugar estratégico, por su accesibilidad, el conocimiento del paciente y su contexto, por las múltiples posibilidades de contacto y por la atención integral que prestan (De La Fuente Aparicio et al., 2005; Moyano-Mora et al., 2005). La relación que las/os enfermeras/os establecen con el paciente da la accesibilidad para la prevención de la VDG, su detección y tratamiento. Resulta importante que las/os estudiantes y futuras/os profesionales de enfermería conozcan si en los centros de salud donde asisten se realizan actividades de detección, ayuda y/ o seguimiento a víctimas de VDG a las cuales ellas/os puedan integrarse. En nuestro estudio encontramos que el 56,6% de las/os estudiantes refirió no saber o no contestar si en el centro de salud donde asisten realizan actividades relacionadas a VDG (Gráfico 17).

La violencia de género atraviesa todas las clases sociales, las formaciones académicas y los territorios, pero eso ocurre en nuestro país y en el mundo, básicamente tiene que ver con el patriarcado (Hernández-Pita, 2014). No hay cultura que se haya privado de este fenómeno de patriarcado, aunque resulta insoslayable la variación histórica y social de las formas patriarcales (Barrancos, 2015). Consultadas/os a qué nivel socioeconómico se presenta la violencia de género, la mayoría de las/os estudiantes (95,1%), refirió que la VDG, se da en cualquier clase

social (Gráfico 18). Estos resultados coinciden con lo que sustentan algunos autores quienes afirman que los entramados en las relaciones de poder entre hombre y mujer exceden la clase social (Gómez-Rojas & Riveiro, 2015).

7.3. ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA SOBRE VIOLENCIA DE GÉNERO

Las/os estudiantes de enfermería como futuras/os profesionales, juegan un papel muy importante en la prevención y detección de la violencia de género; es por ello necesario que tengan actitudes expectantes frente a este problema. La actitud de las/os profesionales es un factor que se considera de suma importancia para el desempeño laboral, y permitirá realizar un abordaje óptimo tanto para la víctima como para su entorno. Méndez-Hernández et al. (2003) refiere a la actitud como un *“Estado mental y neural de disposición, organizado a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre la conducta del individuo ante todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”*. Sin embargo, hay que mencionar el aspecto de colectividad que tiene la actitud, el cual es *“expresión del entorno social en el que se desenvuelve el individuo”* (Casales, 1989). La importancia de la detección de la VDG e intervención desde el ámbito sanitario resulta evidente, por lo que la OMS recomienda que todas/os las/os profesionales de la salud estén capacitadas/os y puedan actuar de manera apropiada (OMS, 2013b). A pesar de estas recomendaciones, persisten dificultades de detección de VDG entre las/os profesionales sanitarias/os debido, entre otros motivos, a la capacitación insuficiente (Salcedo-Barrientos et al., 2014), y por las actitudes y creencias de las/os profesionales (Robinson, 2010). Estas evidencias sugieren la necesidad de que las/os estudiantes de enfermería adquieran, durante su formación, conocimientos y habilidades oportunas. La investigación de Arredondo-Provecho et al. (2012) realizada en Madrid señala que únicamente un 35% de las enfermeras de atención primaria consideran la VDG como un problema muy o bastante importante, y mantienen una actitud expectante para diagnosticar casos (Arredondo-Provecho et al., 2012). En los resultados obtenidos en el presente estudio se obtuvieron en los tres grupos de estudiantes valores superiores al 90% con respecto a la actitud que mantendrían las/os estudiantes como futuras/os profesionales de enfermería ante un

posible diagnóstico de violencia (Gráfico 19). Esta actitud expectante se hizo mayoritaria en el grupo evaluado a medida que se avanzaba en la carrera. Cabe señalar, sin embargo, que son estas/os mismas/os estudiantes las/os que en el ciclo inicial de la licenciatura en enfermería, no creen que la perspectiva de género debe atravesar a todo el plan de estudio en su formación (Gráfico 8), evidenciando que disocian la teoría de la práctica, mostrándose en una actitud pro activa en este último caso. Por otra parte, todas/os las/os alumnas/os de 5^{to} año señalan la importancia de un abordaje transversal del tema a lo largo de su carrera, posiblemente por haber tenido mayor experiencia en las prácticas asistenciales.

Estos resultados coinciden con los obtenidos ante la consulta si como futuras/os profesionales ante un paciente con lesiones físicas se plantearían como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos (violencia), en donde la mayoría de las/os estudiantes refirió que siempre se plantearía esa posibilidad (64,5 % para los datos agrupados, Gráfico 20). Nuevamente, el compromiso con la detección se hace mayor a medida que se avanza en la carrera. Es un dato alentador ya que como hemos manifestado a lo largo de este trabajo y además es apoyado por autores como Salcedo-Barrientos et al. (2014) los profesionales de la salud y en particular los/as enfermeros/as están en una posición privilegiada para identificar y ayudar a las mujeres víctimas de VDG dado que, a menudo, son el primer contacto dentro del sistema de salud, ya sea en servicios de urgencias, centros de atención comunitaria o servicios especializados (Salcedo-Barrientos et al., 2014). Esta posición puede permitirles ofrecer ayuda y apoyo a víctimas de VDG en la búsqueda de alternativas y de esta manera realizar una detección precoz ante un posible caso de VDG.

En la UNCo-CRUB existe un protocolo de intervención institucional ante denuncias por situaciones de violencia sexista en el ámbito de la Universidad; el mismo entró en vigencia en el año 2014. Según datos otorgados por el Departamento de Bienestar, dicho protocolo se activó en dos ocasiones (una vez para la Carrera de Enfermería y una segunda en otra carrera dentro del CRUB). Sin embargo, el 92,6 % de las/os encuestadas/os manifestó desconocimiento del protocolo de VDG que existe en la UNCo- CRUB, Esto puede deberse, entre otros motivos, a la falta de difusión del protocolo en la Universidad.

Se le consultó a las/os estudiantes, si en caso de ejercer la profesión, conocían el protocolo de VDG de su institución: la mayoría de estudiantes (56%) refirió no conocerlo (Gráfico 22). No sabemos si todas las instituciones en donde las/os estudiantes trabajan cuentan con el mismo, pero lo que observamos es que la VDG no es una política institucional en las organizaciones del sistema de salud, o que si lo es, es poco difundida entre el personal que allí desempeña sus funciones.

Analizando en conjunto las preguntas para evaluar las actitudes de las/os estudiantes, pueden detectarse contradicciones: mencionan que como futuras/os profesionales aplicarían el protocolo de VDG en su trabajo (más del 60% refirió que lo aplicaría, Ver Gráfico 23), a pesar de desconocer los protocolos existentes en las instituciones donde se están formando y/o se desarrollan (Gráfico 21 y 22 respectivamente). Aunque estos resultados parecen desalentadores, coinciden con las observaciones realizadas por Robinson (2010), quien sostiene que en la unidad de urgencias las enfermeras no detectan la VDG a través de protocolos de actuación, sino basándose en sus percepciones sobre el tema (Robinson, 2010). Adicionalmente, parecería relevante la necesidad de abordar en la universidad la VDG, de manera de familiarizar a las/os estudiantes con una temática a la cual pueden no haberse enfrentado antes. Detectamos a través de esta encuesta que son las/os estudiantes del último año quienes más ávidos de trabajar sobre el tema, mostrando buena disposición para hacerlo, además de contar con mayores conocimientos sobre la profesión.

En nuestro estudio, tomando los datos agrupados, la mayoría de las/os alumnas/os identificó la falta de interés o el temor de la víctima en ser reconocida como tal, como el principal inconveniente para identificar casos de VDG (Ver Gráfico 24), no señalando a la falta de formación profesional como una limitante (Valdés-Sánchez et al., 2016) . Estos resultados contrarios a lo detectado en el trabajo de Valdés-Sánchez et al. (2016) puede deberse a que nuestro estudio se desarrolló, mayoritariamente, con estudiantes sin suficiente experiencia laboral en el área de la salud, y que no han tenido que trabajar aisladamente con pacientes, respondiendo con lo que socialmente detectan como una limitante. Esta hipótesis cobra sustento al evaluar únicamente las respuestas de los estudiantes de 5^{to} año: señalan a la falta de formación profesional y a la falta de atención de parte del profesional a la víctima como factores igualmente

relevantes a la falta de interés o temor de la víctima a ser reconocida como tal (Gráfico 24).

Se les consultó a las/os estudiantes sobre propuestas de mejora para la detección de casos de VDG. Para el total de las/os estudiantes encuestadas/os (30,5%), es la difusión a la comunidad (charlas, talleres) la principal propuesta, y esto puede deberse a la valoración que las/os estudiantes tienen acerca del alcance que tienen los medios de comunicación sobre la sociedad. La siguiente opción elegida es la toma de cursos de formación profesional (26,3%) para las/os estudiantes y profesionales de salud. Así, las/os estudiantes encuestadas/os manifiestan considerar una falta de capacitación sobre el tema en la formación recibida por las instituciones universitarias. También consideran que la creación de un grupo especializado de profesionales (24,8%) colaboraría en la detección de VDG, Sugg et al. (1999) en su trabajo sugiere que estos grupos multidisciplinarios podrían estar integrados, entre otros, por trabajadores sociales, donde se concluye que los empleados del sistema sanitario consideran necesaria la presencia del trabajador social para ayudar en la gestión de las pacientes víctimas de VDG.

8. CONCLUSIÓN

Aún con los avances legislativos en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en los últimos años, persisten en nuestra sociedad situaciones que los vulneran, tales como la discriminación y la violencia en su contra, que pone en muchas oportunidades en riesgo la integridad tanto física como psicológica de la mujer, a veces hasta llegar a comprometer su vida. Por ello, es imperativo que el problema de la VDG sea considerado, tanto un problema social como un problema de Salud Pública.

El análisis cuantitativo de los datos obtenidos en el cuestionario realizado permitió definir un perfil de estudiante de enfermería de la UNCo- CRUB, en lo que se refiere a género, edad, estado civil, economía, etc. que conforman las variables socioeconómicas y fuera uno de los objetivos específicos de este trabajo. Se trata de una población constituida mayoritariamente por mujeres solteras menores de 27 años, que estudian gracias al aporte económico de sus familias (en el primer ciclo), o por ingresos de su propio trabajo (ciclo superior).

El uso del cuestionario, como herramienta de trabajo, facilitó el conocimiento de ciertos aspectos que fueron indagados. Se encontraron diferencias significativas respecto a la percepción que tenían las/os estudiantes sobre su conocimiento referido a VDG: los resultados de este trabajo ponen en manifiesto que las respuestas obtenidas no coinciden con las definiciones evaluadas. Esto no generó la pérdida de la intencionalidad que ha guiado a este trabajo la cual era describir el nivel de conocimiento referido a violencia física, psicológica y sexual que poseen las/os estudiantes de enfermería encuestadas/os. Sin duda, cuantificar estas variables presentó grandes dificultades debido a la complejidad intrínseca asociada al tema.

Para lograr un avance real y significativo de las/os estudiantes en sus conocimientos relacionados con VDG, desde la acción del enfermero/a es necesario un consenso conceptual y un protocolo de abordaje del tema estandarizado, que se implemente en la teoría y en la práctica. Mediante el análisis realizado de las respuestas obtenidas se ha podido conocer la opinión de las/os estudiantes sobre distintos aspectos relacionados con la violencia de género e indagar sobre su actitud que resultó ser muy alentadora. Este es uno de los resultados a destacar de este estudio, ya que los

estudiantes expresaron una actitud en estado de alerta y frente a una paciente con lesiones físicas se plantearían como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos (violencia).

Los resultados obtenidos en este trabajo, no hacen más que reforzar la idea de la necesidad de trabajar en esta temática dentro de las Universidades. La falta de contenidos referidos a violencia de género actualmente en nuestra carrera, es sin duda, una de las barreras que contribuye a dificultar la detección de la misma, teniendo en cuenta la labor del enfermero/a y a su vez contribuye con la invisibilización del tema socialmente.

Cabe destacar, sin embargo, que la UNCo- CRUB implemento el primer protocolo de actuación contra la Violencia de Género en el ámbito universitario, paso inicial para luchar contra la misma. A pesar de ello, es muy importante mejorar su difusión y ampliar con estudios que aporten datos para la elaboración de procedimientos que permitan actuar de manera preventiva en todos los ámbitos de acción, ya que un resultado desalentador fue que los estudiantes encuestados desconocen la existencia del protocolo de la UNCo- CRUB puesto en vigencia en el año 2014 y que fuera activado una vez en esta carrera en particular.

Los resultados obtenidos refuerzan la necesidad de introducir contenidos específicos y transversales sobre violencia contra las mujeres en los planes de estudios de grado de la carrera en Enfermería, y en realizar un trabajo en conjunto entre la asistencia y la docencia, ya que la formación de los profesionales sanitarios es la principal vía para la detección temprana de la violencia contra las mujeres, la asistencia y derivación y así brindar una atención adecuada y eficaz a la mujer y referir a las pacientes víctimas de VDG a una institución específica. Se deben formar profesionales comprometidos con su entorno, basados en la convicción de que la universidad debe tomar parte en el debate sobre el rol de los profesionales en la sociedad.

Con ello, las/os futuras/os profesionales de enfermería se encontrarán en condiciones adecuadas para dar orientación a las mujeres víctimas de VDG, lo que sin duda fortalecerá y dará solidez a la atención de este grave problema de Salud Pública en nuestra sociedad.

9. TRABAJO A FUTURO

Como enfermera egresada de la UNCo – CRUB y miembro de la Comisión de Género en la UNCo-CRUB, me parece de suma importancia exponer las siguientes propuestas para mejorar la implementación de educación en VDG dentro de la institución:

- ❖ Mayor difusión del Protocolo de violencia de género en la UNCo-CRUB entre los estudiantes en general y en particular con los/las alumnas/os de la carrera de Licenciatura en Enfermería.
- ❖ Promover la participación activa en la Comisión de Género en la UNCo-CRUB (estudiantes, docentes y no docentes).
- ❖ Proponer una charla debate de este tema en particular en la UNCo- CRUB de manera tal de visibilizar la problemática.
- ❖ Poner a disposición de las cátedras de la carrera que ya tratan este tema, en primera instancia y luego ampliar a quien lo solicite, los conocimientos aprendidos sobre VDG y los datos proporcionados por los estudiantes.

10. BIBLIOGRAFÍA

ÁGUILA-GUTIÉRREZ Y., HERNANDEZ-REYES VE., HERNANDEZ-CASTRO VH. (2016).- Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. Revista Médica Electrónica. 38 (5): 697-710pp.

AIELLO B., MARTÍN M., MONETTI E., REAL L., VAZQUEZ A., VICO L. (2007).- Una aproximación al perfil socio económico cultural de los ingresantes universitarios. Universidad Nacional del Sur. Recuperado de: <https://feeye.uncuyo.edu.ar/web/posjornadasinve/area2/Identidad%20-%20sujetos/186%20-%20Aiello%20y%20otros%20-%20UN%20Sur.pdf>. Fecha de Acceso: 5 de junio de 2020.

ANDRÉS-DOMINGO P., BALAGUER-CALLEJON A., BLANCO-PRIETO P., CASADO-GONZALEZ R., CHICO-ORTEGA V., LASHERAS-LOZANO ML., LLUSAR-GRANELL V., LÓPEZ-PALACIOS S., PIRES-ALCAIDE M., SILLERO-QUINTANA M., TORRES-HERRERO M., ZORRILLA-TORRAS B. (2003).- La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. Instituto de Salud Pública, Madrid España. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dd086_revisado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861196225&ssbinary=true. Fecha de Acceso 24 de Agosto de 2020.

ARREDONDO-PROVECHO AB., BROCCO-BARREDO M., ALCALÁ-PONCE DE LEÓN T., RIVERA-ALVAREZ A., JIMÉNEZ-TRUJILLO I., GALLARDO-PINO C. (2012).- Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. Revista Española de Salud Pública. 86 (1): 85-99 pp. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v86n1/08_original_5.pdf. Fecha de Acceso 4 de Mayo 2020.

BARRANCOS D. (2015).- Violencia Patriarcal. Desde la Patagonia, difundiendo

saberes. Universidad Nacional del Comahue. 22. Recuperado de: <https://www.bomberosra.org.ar/4-encuentro-genero/disertaciones/1.pdf>. Fecha de Acceso 7 de Mayo 2021.

BECARRIA G., BECARRIA L., DAWSON R., GORMAN D., HARRIS J., HOSSAIN. (2013). - Nursing student's perceptions and understanding of intimate partner violence. Nurse Educ Today. 33(8): 907–11pp.

BELLIDO J. & LENDÍNEZ J. (2010)-. Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN. Jaén: Colegio oficial de Enfermería. Recuperado de: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>. Fecha de Acceso 30 de mayo 2020.

CALVO-GONZÁLEZ G. & CAMACHO-BEJARANO R. (2014).- La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm. Glob. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/enfermeria.pdf>. Fecha de Acceso: 1 de julio 2020.

CAMPBELL J., SWON-JONES A., DIENEMANN J., KUB J., SCHOLLENBERGER J., O'CAMPO P., CARLSON-GIELEN., WYNNE C. (2002). - Intimate partner violence and physical health consequences. Archives of Internal Medicine. 162(10):1157–63 pp.

CASALES., J.C. (1989).- Algunos aspectos generales de la teoría de las actitudes. Psicología Social. Contribución a su estudio. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Sociales.158-209pp.

CRUB, CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO BARILOCHE. (2006).- Recuperado de: http://crubweb.uncoma.edu.ar/cms/?page_id=3987. Fecha de Acceso: 22 de Enero de 2019.

DE LA FUENTE APARICIO D., SALAMANCA CASTRO AB., SÁNCHEZ CASTRO S. (2005).- ¿Se encuentran capacitadas las enfermeras para detectar malos tratos en Atención Primaria?. Nure Investigación. (15): 1-10pp. Recuperado de: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/235/217>. Fecha de Acceso: 22 de Febrero 2020.

DE MIGUEL ÁLVAREZ A. (2005).- La construcción de un marco feminista de

interpretación: la violencia de género. Cuadernos de trabajo social. 18: 231-248pp.

DÍAZ-AGUADO MJ. (2003).- Adolescencia y sexismo y violencia de género. Papeles del Psicólogo. 23 (84), 35-44pp.

ECHARTE-PAZOS JL., LEÓN-BERTRÁN N., PUENTE-PALACIOS I., LASO DE LA VEGA-ARTAL S., DÍEZ-FUENTES E., MARTÍNEZ-IZQUIERDO MT. (2010).- Mejorar la calidad asistencial en la atención a la mujer maltratada en los servicios de urgencias. Emergencias. 22(3):193-8pp.

FERRER V., BOSCH M., RAMIS C., TORRES G., NAVARRO C. (2006)-. Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. Anales de Psicología. Universidad de Murcia, Murcia España. 22(2):251-259 pp.

GARCÍA G., RODRIGUEZ M., BENIA W. (2008).- Niveles y Estrategias de Prevención. Temas de Salud Pública, Montevideo Uruguay. (1): 19-26pp.

GARCÍA-DÍAZ V., FERNÁNDEZ-FEITO A., RODRÍGUEZ-DÍAZ F., LÓPEZ-GONZÁLEZ ML., MOSTEIRO-DÍAZ MP., LANA-PÉREZ A. (2013).- Violencia de género en estudiantes durante sus relaciones de noviazgo. Atención Primaria. 45 (6): 290-296pp.

GARCÍA-MORENO C., HEGARTY K., D' OLIVEIRA AFL., KOZIOL- MCLAIN J., COLOMBINI M., FEDER G. (2015).- The Health- systems response to violence against women. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614618377?via%3Dihub>
Fecha de acceso: 24 de Abril 2019.

GARCÍA-SALINERO J. (2004).- Estudios descriptivos. Nure investigación. (7): 1-3pp.
Recuperado de: <http://webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/bloqueiii/docbiii/estudios%20descriptivos.pdf>
Fecha de acceso: 22 de Junio de 2019.

GARCÍA JC. (1989).- Medicina e sociedade: correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes ED. Pensamento social em saúde na América Latina. Brasil, São

Paulo. 68-99pp.

GHERARDI N. (2012).-Más allá de la denuncia: los desafíos para el acceso a la justicia. Investigaciones sobre violencia contra las mujeres. Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA. Buenos Aires Argentina. (1): 1-92pp.

GIOVAGNOLI P. (2002).- Determinantes de la Deserción y Graduación Universitaria: Una Aplicación Utilizando Modelos de Duración. Documentos de Trabajo. Departamento de Economía de la Universidad Nacional de La Plata. (37):1-34 pp. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/3436/Documento_completo.pdf?sequence=1&isAllowed=y . Fecha de Acceso: 1 de julio 2020.

GÓMEZ-ROJAS G. & RIVEIRO M. (2015).- El género en la relación entre clase social y estilo de vida: una mirada a través del tiempo libre. Millcayac- Revista Digital de Ciencias Sociales. 2(2):79-105pp. Recuperado de: <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/300/150>. Fecha de Acceso: 8 de julio de 2020.

GONZÁLEZ-MÍNGUEZ C. (2008).- Sobre historia de las mujeres y violencia de género. Clío & Crimen. (5): 14-23pp.

GONZÁLEZ-VELÁZQUEZ MS., LARA-BARRÓN AM., PINEDA-OLVERA J., CRESPO-KNOPFLER S. (2014).- Perfil de ingreso de los alumnos de Enfermería. Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza, UNAM. Enfermería Universitaria. 11 (1):11-18pp.

HEIM D. & PICONE MV. (2018).- La legislación de la Provincia de Rio Negro sobre violencia contra las mujeres y sus mecanismos de acceso a la justicia. Derechos en Acción. Buenos Aires Argentina. (7): 209-232pp.

HEISE L., ELLSBERG M., GOTTEMOELLER M. (1999)-. Ending violence against women. Population Reports. Department of Health. 27 (4): 1pp.

HERNÁNDEZ-PITA Y. (2014).- Violencia de género, una mirada desde la Sociología. Científico- Técnica, La Habana Cuba. 1-159pp.

HERNÁNDEZ-SAMPIERI R, FERNÁNDEZ-COLLADO C., BAPTISTA-LUCIO P. (2003).- Metodología de la investigación. MC Graw Hill Interamericana, México D. F. 882pp.

INDEC, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2019).- Registro Único de Casos de Violencia contra las Mujeres. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/rucvm_03_19.pdf Fecha de Acceso 22 de noviembre de 2019.

INDEC, INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS (2018).- Registro Único de Casos de Violencia Contra las Mujeres. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/rucvm_03_18.pdf Fecha de acceso 22 de noviembre de 2018.

IRIGOYEN JJ., MARES-CÁRDENAS G., JIMÉNEZ M., RIVAS O., ACUÑA K., ROCHA H., NORIEGA JG., RUEDA E. (2009).- Caracterización del estudiante de nuevo ingreso a la universidad de Sonora: un estudio comparativo. Revista Mexicana de Investigación en Psicología. 1(1): 71-84pp. Recuperado de: <http://bit.ly/1iGaO06>. Fecha de Acceso: 5 de junio de 2020.

JACOX, A. (1979).- Un problema subestimado en enfermería: la influencia que ejerce sobre la atención al paciente el bienestar económico y social de la enfermera. Rev. Bras. Enf. DF. 32 (1): 8-19 pp. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v32n1/0034-7167-reben-32-01-0008.pdf>. Fecha de acceso: 15 Mayo de 2020.

JEWKES R., SEN P., GARCÍA MORENO C. (2002).- La violencia sexual. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 159-198pp.

JUÁREZ DP., BAGNASCO ME., CANDAL W., GYGLI MS., QUIROGA M., SANTANDREA C. (2017).- Violencia sobre las mujeres. Capacitación en servicios para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000943cnt-Violencia Sobre Mujeres 17.pdf>. Fecha de Acceso: 1 de julio 2020.

KELLY L. & JOEL LA. (1999). - Dimensions of professional nursing. New York, McGraw-Hill.784pp

KOHLRAUSCH E. (1999).- O modelo assistencial clínico e algumas possibilidades de fazer diferente. Rev. Gaúcha Enfermagem. Brasil, Porto Alegre (20):70-85pp.

LAGARDE, M. (1996).- El género, fragmento literal: La perspectiva de género, en Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. Ed. Horas y horas. España. 13-38 pp.

LAMPERT-GRASSI, MP. (2018).- Definición del concepto de “sexismo”: influencia en el lenguaje, la educación y la violencia de género. Asesoría Técnica Parlamentaria. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Recuperado de: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26147/1/BCN_definicion_sexismo_FINAL.pdf . Fecha de Acceso 26 de mayo 2020.

LAGOUEYTE-GÓMEZ MI. (2015).- El cuidado de enfermería a los grupos humanos. Rev. Univ. Ind Santander Salud. 47(2):209-213.

LEY 4510 VIOLENCIA FAMILIAR. OFICINAS TUTELARES DE LA MUJER, EL NIÑO Y LA FAMILIA (2010).- Legislatura de la Provincia de Rio Negro. Objetos y Funciones. De la colaboración de las Unidades Regionales. De los Convenios con el Poder Judicial. Del espacio físico y horarios de atención. De la Capacitación específica. De la asistencia integral. De la reglamentación. De la autoridad de aplicación. De la difusión. Promulgada 2010. Rio Negro Argentina. Recuperado de: <http://www.saij.gov.ar/4510-local-rio-negro-violencia-familiar-oficinas-tutelares-mujer-nino-familia-creacion-policia-rio-negro-lpr2004510-2010-06-03/123456789-0abc-defg-015-4002rvorpyel?q=%28numero-norma%3A4510%20%29&o=0&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F3n/Ley%7CFecha%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema%7CEstado%20de%20Vigencia%7CAutor%7CJuridicci%F3n/Local/R%EDo%20Negro&t=1#>. Fecha de Acceso: 02 de noviembre 2020.

LEY 26485 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER (2009).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia

contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus Relaciones Interpersonales. Promulgada 2009. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>. Fecha de acceso: 24 de abril de 2019.

LEY 4241 LEY DE PROTECCION INTEGRAL CONTRA LA VIOLENCIA EN EL AMBITO DE LAS RELACIONES FAMILIARES (2007).- Legislatura de la Provincia de Rio Negro. Promulgada por decreto. 1371. Rio Negro Argentina. Recuperado de <http://www.legisrn.gov.ar/L/L04241.html> Fecha de acceso: 24 de abril de 2019.

LEY 25390 ESTATUTO DE ROMA DE LA CORTE PENAL INTERNACIONAL (1998).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N). Promulgada 1998. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65899/norma.htm>. Fecha de Acceso: 24 de abril de 2020.

LEY 24632 CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERREDICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER "CONVENCION BELEN DO PARÁ" (1996).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N). Definición y ámbito de aplicación. Derechos Protegidos. Deberes de los Estados. Mecanismos Interamericanos de Protección. Disposiciones generales. Promulgada 1994. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36208/norma.htm>. Fecha de Acceso: 22 de junio 2020.

LEY 2999 EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA (1996).- Legislatura de la Provincia de Río Negro. Boletín Oficial N° 3387. Río Negro Argentina. Recuperado de <http://asociacionenfermeros.blogspot.com.ar/p/ley-2999.html> . Fecha de acceso: 22 de junio de 2020.

LEY 24521 LEY DE EDUCACIÓN SUPERIOR (1995).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). Disposiciones preliminares. Educación Superior. Educación superior no universitaria. Educación superior universitaria. Disposiciones complementarias y transitorias. Promulgada 1995. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25394/texact.htm>. Fecha de Acceso: 24 de junio 2020.

LEY 24430 CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA (1994).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N). Boletín Oficial N° 28057. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <https://www.casarosada.gob.ar/images/stories/constitucion-nacional-argentina.pdf>.

Fecha de acceso: 19 de octubre de 2020.

LEY 24417 PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR (1994).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N). Promulgada 1994. Buenos Aires Argentina. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/90000-94999/93554/norma.htm>. Fecha de Acceso: 19 de octubre de 2020.

LEY 24004 EJERCICIO DE LA ENFERMERÍA (1991).- Poder Legislativo Nacional (P.L.N.). Concepto y Alcances. Personas comprendidas. Derechos y obligaciones. Registro y matriculación. Autoridad de aplicación. Régimen disciplinario. Disposiciones Transitorias y Varias. Salud Pública. Promulgada por decreto. 2230. Buenos Aires Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/403/norma.htm>. Fecha de acceso: 30 de enero de 2019.

MÉNDEZ-HERNÁNDEZ P., VALDEZ-SANTIAGO R., VINIERGRA-VELÁZQUEZ L., RIVERA-RIVERA L., SALMERON-CASTRO J. (2003).- Violencia contra la mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública, Morelos México. 45(6):472-482pp.

MENDOZA-FLORES ME., JESÚS-CORONA Y., GARCÍA-URBINA M., MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ G., SÁNCHEZ-VERA R., REYES-ZAPATA H. (2006).- Conocimientos y actitudes del personal de enfermería sobre la violencia de género. Perinatol Reprod Hum. 20 (4):69-79pp.

MINISTERIO DE SALUD. (2020).- Estado de situación de la formación y el ejercicio profesional de Enfermería en Argentina. Recuperado de: <file:///D:/estado de situacion de la formacion y el ejercicio profesional de enfermeria ano 2020.pdf>. Fecha de Acceso: 7 de octubre 2020.

MINISTERIO DE SALUD. (2010).- Violencia sobre Mujeres, Capacitación en Servicios para Trabajadores de la Salud en el Primer Nivel Atención. Recuperado de:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000943cnt->

[Violencia Sobre Mujeres 17.pdf](#). Fecha de Acceso: 22 de Noviembre de 2018.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2007).- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Comisión Contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>. Fecha de Acceso: 5 de octubre 2019.

MINISTERIO PÚBLICO FISCAL. (2009).- Oficina de asistencia a la víctima (OFAVI). Poder Judicial de Río Negro. Recuperado de: <http://ministeriopublico.jusrionegro.gov.ar/contenido/12/ofavi.html>. Fecha de Acceso: 1 de julio 2020.

MOYANO-MORA P., DOMÍNGUEZ-MARTÍNEZ A., LIQUETTE-BRIFTEL TM., MARTÍNEZ-LAGUNA I., FAJARDO-TRUJILLO M. (2005).- Violencia doméstica, abordaje enfermero. Metas de Enfermería. 8(7):10-16pp.

NAYAK MB., BYRNE CA., MARTÍN MK., ABRAHAM AG. (2003). - Attitudes toward violence against women: a crossnation study. Sex Roles. 49(7): 333-342pp.

OEA, ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (1994).-Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Recuperado de: http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/material_difusion/convencion_belemdopara.pdf. Fecha de acceso: 22 de Noviembre de 2018.

OFDPN, OBSERVATORIO DE FEMICIDIOS DE LA DEFENSORIA DEL PUEBLO DE LA NACION. (2020).- femicidios. Informe anual 2020. Recuperado de: http://www.dpn.gov.ar/documentos/Observatorio_Femicidios_-_Informe_Final_2020.pdf. Fecha de Acceso: 17 de mayo 2021.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2017).- El derecho a la educación sexual integral (ESI). Recuperado de: <https://salud.gov.ar/dels/entradas/el-derecho-la-educacion-sexual-integral-esi>. Fecha de Acceso: 03 de mayo 2021.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013a). - Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85241/WHO_RHR_HRP_13.06_eng.pdf;jsessionid=2528BE9004B370A0AFA89C2990D3665B?sequence=1. Fecha de Acceso: 05 de junio 2020.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2013b).- Informe de la OMS destaca que la violencia contra la mujer es “un problema de salud global de proporciones epidémicas”. Recuperado de: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/. Fecha de Acceso: 05 de Junio 2020.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005).- Estudio pionero sobre la violencia doméstica. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>. Fecha de Acceso: 5 de junio 2020.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2003).- Género y salud de la mujer. Estudio multipaís de la OMS sobre la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Recuperado de: https://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/. Fecha de Acceso: 5 de junio 2020.

OMS, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1998).- Violencia contra las mujeres. Un tema de salud prioritario. Recuperado de: https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf. Fecha de Acceso: 4 de julio 2020.

ONU, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (2020).-Se incrementó un 39% el pedido de ayuda por violencia de género en Argentina durante el COVID 19. Recuperado de: <https://www.onu.org.ar/se-incremento-un-39-el-pedido-de-ayuda-por-violencia-de-genero-en-argentina-durante-el-covid19/>. Fecha de Acceso: 27 de agosto 2020.

ONU, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. (1993).- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> Fecha de acceso: 22 de Noviembre 2018.

OPS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2013).- Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98862/WHO_RHR_12.43_spa.pdf;jsessionid=FC0D8B955E12BE4ABC23CEABF027A6E1?sequence=1. Fecha de Acceso 02 de Mayo 2019.

PÉREZ-GARCÍA C.& MANZANO-FELIPE MA. (2014).- La práctica clínica enfermera en el abordaje de la violencia de género. Cultura de los cuidados. 18(40):107-115pp.

PHANEUF M. (1993). - Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería. Mc Graw-Hill Interamericana, España. 227pp.

ROBINSON R. (2010). - Myths and Stereotypes: How Registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. Journal of Emergency Nursing. 36(6): 572-6 pp.

RUIZ-PEÑA M., GONZÁLEZ-PEÑA MJ., LÓPEZ-ÁLVAREZ JM., IGLESIAS-HERNÁNDEZ MI., BARROS RUBIO C., GONZÁLEZ AMAYA S. (2010).- Violencia de género en un área de salud. Semer-Med Fam. 36(4):202–7pp.

SALCEDO-BARRIENTOS DM., ORCHIUCCI-MIURA P., DIAS-MACEDO V., YOSHIKAWAEGRY E. (2014). - ¿How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 22(3): 448-53 pp.

SÁNCHEZ-GALLEGO N., SOLANA-CLEMENTE P., VERA-BAILÓN J. (2018).- Papel de enfermería en atención primaria. Revista Electrónica de Portales Médicos. Recuperado de: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/papel-de-enfermeria-en-atencion-primaria/>. Fecha de Acceso: 7 de mayo 2021.

SASTRE-DOMINGO, H. (2012).- El impacto del relato de la violencia de género: del compromiso a la intervención enfermera. Rev. Presencia. 8(16). Recuperado de:

<http://www.index-f.com/presencia/n16/p0195.php>. Fecha de Acceso: 1 de julio 2020.

SILVA JUNIOR AG. (1996).- Modelos tecnoasistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. Brasil, Rio de Janeiro. 149p.

SUGG NK., THOMPSON RS., THOMPSON DC., MAIURO R., RIVARA FP. (1999). - Domestic violence and primary care: Attitudes, practices and beliefs. Arch Fam Med. 8 (4): 301-16pp.

SUNDBORG EM., SALEH-STATTIN N., TORNKVIST L. (2012).-Nurses preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. BMC nursing.11 (1):1-11pp.

TAJER D.,ATTARDO C., CENERI E., CUADRA ME., CUNNINGHAM MV., FONTENLA M., GABA M., JEIFETZ V., LO RUSSO A., REID G., STRASCHNOY M., ZAMAR A. (2012).- Género y Salud. Las políticas en acción. Revista Electrónica de la Facultad de Psicología. CABA República Argentina.200pp

TORLUCCI S., VÁZQUEZ-LABA V., PÉREZ-TORT M. (2019).- La segunda reforma universitaria: políticas de género y transversalización en las universidades. Revista científica de la red de carreras de Comunicación Social. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Recuperado de: [file:///D:/Art.%20RevCom%20TORLUCCI,%20VVL,%20MPT%20\(2\).pdf](file:///D:/Art.%20RevCom%20TORLUCCI,%20VVL,%20MPT%20(2).pdf). Fecha de Acceso: 7 de octubre de 2020.

TREBISACCE-MARCHAND C. (2020).- Un nacimiento situado para la violencia de género. Indagaciones sobre la militancia feminista porteña de los años 80. Revista de teoría y filosofía política clásica y moderna. Buenos Aires, Argentina. 10 (18): 118-138pp.

VALDÉS-SÁNCHEZ CM., GARCÍA-FERNÁNDEZ C., SIERRA-DÍAZ. (2016).- Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. Atención Primaria. 48(10):623-631pp.

VÁZQUEZ-LABA V. & RUGNA C. (2017).- Acción colectiva en torno a la agenda feminista sobre violencia de género en las Universidades Nacionales argentinas.

Boletín Científico Sapiens Reserch. 7(1): 13-21pp.

VENQUER T., FAWCETT G., VERNON R., PICK S. (1998).-Violencia Doméstica: Un Marco Conceptual Para La Captación Del Personal De Salud. Population Council/Serie INOPAL III. México, DF. Recuperado de: https://www.academia.edu/13449433/Violencia_dom%C3%A9stica_un_marco_conceptual_para_la_capacitaci%C3%B3n_del_personal_de_salud. Fecha de Acceso: 2 de noviembre de 2020.

ZANCHIN ML. (2017).- Causas personales versus causas institucionales como motivo de deserción en el primer año de la carrera de Odontología de la Universidad Nacional de Río Negro. Recuperado de: https://rid.unrn.edu.ar/bitstream/20.500.12049/948/1/Zanchin_PF.pdf Fecha de Acceso: 21 de octubre 2019.

11. FIRMAS

San Carlos de Bariloche 6 de Noviembre de 2020.

Número total de páginas 108.



Autora: Aguirre Barria Natalia Soledad.



Directora: Dra. Bellotti Mariela.



Co Directora: Dra. Moreno Carolina.

12. ANEXOS

Anexo I: Protocolo de intervención institucional ante denuncias por situaciones de violencia sexista en el ámbito de la Universidad Nacional del Comahue

ORDENANZA 1572/14

De las denuncias

1. Las denuncias se realizarán en secretaria de bienestar universitario dado que su objetivo es definido como “(...) *llevar adelante las políticas de bienestar para toda la comunidad universitaria. Los asuntos prioritarios de incumbencia se encuentran relacionados con el mejoramiento de la calidad de vida, enfatizando en beneficios estudiantiles, promoción y prevención de la salud, cultura, recreación y deportes, entre otros*”. En todas las unidades académicas dichas denuncias se realizarán en la secretaria de bienestar, asuntos estudiantiles, bienestar estudiantil o área afino. Se establece que las mismas serán tomadas por personas capacitadas para ello, quienes serán afectadas anualmente por la autoridad competente. Las denuncias serán recepcionadas por dos personas. La exposición de la situación será realizada por la/s persona/s directamente afectada/s. En las instancias donde se narren los hechos se garantizará que puedan estar acompañada/s por otras de su confianza que contengan y alienten la realización de una descripción, lo más pormenorizada posible, de la situación. Debe advertirse en el supuesto que los hechos que dan motivo a la denuncia recibida, pudieran constituir un ilícito, los funcionarios están obligados a denunciarlos a la justicia.
2. La entrevista será tomada en forma escrita. En caso que no haya objeción por parte de quien hace la denuncia, la misma será grabada y transcrita textualmente. Posteriormente la parte denunciante dará lectura y prestará conformidad mediante su firma. Para la realización de la entrevista se garantizará un espacio físico acorde.
3. La primera exposición de los hechos, será ampliada cuando la/s persona/s consideren que en su denuncia omitieron datos importantes.

4. Si por alguna causa relacionada con el pudor o el miedo, la persona denunciante prefiere, en cualquier instancia del tratamiento del tema, que otras no estén presentes, esto será respetado.
5. Las acciones objeto del presente protocolo serán consideradas faltas graves, a los efectos de los procedimientos de investigación y regímenes sancionatorios correspondientes al personal docente y no docente. Para los estudiantes y todo otro integrante de la comunidad universitaria no comprendido en las categorías anteriores, se propondrán a través del Consejo Directivo las medidas de sanción. Posteriormente se elevarán al Consejo Superior para su resolución.

De las Unidades Académicas

6. El área que recibió la denuncia la remitirá Decano o Decana de la Unidad Académica/o. Autoridad correspondiente, en un plazo máximo de dos días hábiles a partir de allí en un plazo no mayor a cinco días hábiles, dicha autoridad:
 - a) Notificará a la persona denunciada, quien presentará un descargo por escrito en el término de dos días hábiles.
 - b) Elaborará el informe correspondiente
 - c) Convocará a una sesión extraordinaria del cuerpo colegiado cuando correspondiere según lo normado en el artículo 5°.

El nombre de quien denuncia permanecerá en el anonimato. Las autoridades mantendrán estricta confidencialidad de los datos, usándose siglas e informes escritos y orales. El área que recibió la denuncia remitirá a la Secretaría de Bienestar Universitario, datos básicos que permitan llevar un registro de las denuncias presentadas.

- 7) Si la/s persona/s denunciante/s lo solicitaran, las sesiones extraordinarias del cuerpo colegiado donde se trate el tema serán de carácter reservado.
- 8) Cuando la índole de lo denunciado amerite la intervención de la justicia, se

alentara / acompañara a la/s persona/s en esta instancia; esto no implicará la suspensión de las acciones institucionales contempladas en este protocolo.

- 9) Las personas que recepcionen la denuncia brindarán asesoramiento para tramitar apoyo psicológico a la/s persona/s denunciante/s.

De la separación preventiva de funciones de las personas denunciada

- 10) Cuando el/la denunciado/a tengan relación directa de autoridad, o relación cotidiana en sus desempeños institucionales, con quien realiza la denuncia, la autoridad superior correspondiente establecerá la suspensión preventiva de ese vínculo, hasta que se resuelvan en forma definitiva el caso/trámite.
- 11) La reasignación de tareas y/o espacio físico a la persona denunciada deberá ser dentro de los cinco días hábiles de vencido el plazo para presentar el descargo, la que será supervisada periódicamente por la autoridad correspondiente. La adjudicación de tareas y/o espacio físico para el/la denunciado/a, será en un ámbito que garantice que el/la denunciante pueda continuar sin obstáculos su vida cotidiana en la institución.

De la sustanciación de sumario

- 12) El sumario relacionado con estas temáticas, no es un sumario común, y por ello se garantizará que las declaraciones que realice/realicen la/s persona/s denunciante/s en caso que así lo decida no se lleven a cabo frente denunciado/a, aunque si en presencia de su abogado/a.
- 13) De ser necesario la autoridad competente designará a una persona con capacitación en el tratamiento de estos tipos de denuncias para que asesore al sumariante.
- 14) La sustanciación del sumario será prioritaria para el/la sumariante, debiendo concluirlo en un plazo de dos (2) meses.
- 15) En el caso de que se otorgue al denunciado/a licencia médica y a los efectos de no suspender el trámite, el/la sumariante podrá solicitar la evaluación de profesionales forenses, con el objeto de evaluar si, la persona denunciada, está

en condiciones de ejercer su derecho a defensa.

Art. Transitorio

- 16) Se contempla la formación de una comisión, en el ámbito de la Secretaría de Bienestar Universitario, que durante el primer año, asesore y monitoree la aplicación de este protocolo.

ANEXO II: Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales.
Instructivo para los equipos de salud Hospital Zonal Bariloche.

Todo paciente víctima de violación / abuso sexual debe ingresar por Guardia Central. En caso que la víctima ingrese con traumatismos será evaluada por el médico de Guardia Central y por los especialistas que correspondan, primando en dicho caso la estabilidad del paciente. Se debe considerar la situación como Emergencia Psicológica. El médico de Guardia Central convocará para la evaluación inicial a: salud mental, médico tratante y -servicio social. Este equipo define: ¿Hubo un episodio dentro de las últimas 72 horas? (/Este dato es fundamental a los fines de la prevención de ETS, embarazo y a los efectos periciales). Si: caso agudo no: caso no agudo.

Caso agudo:

- ❖ Médico de Policía/ legal: Siempre debe convocarse. Llamar al 101 para que concurra al Hospital a los efectos de examinar a la víctima en forma conjunta.
- ❖ Médicos Tratantes:
 - ❖ Ginecólogo de guardia cuando la víctima es mujer mayor de 15 años
 - ❖ Pediatra de guardia cuando la víctima es menor de 15 años (de ambos sexos)
 - ❖ Médico de Guardia Central; Si la víctima es varón mayor de 15 años.

Pasos a seguir:

- A. Certificado: Lo llenará el médico tratante e incluirá la firma del consentimiento informado de la víctima o de quien corresponda.
- B. Protocolo de lesiones de violación/abuso sexual: Lo llenarán los médicos intervinientes (médico tratante y medico policial/legal) en el momento de la evaluación inicial.
- C. Exámen médicos y toma de muestras: El médico tratante realizará el examen genital junto con el médico de policía.
 - ❖ Ginecólogo o médico de guardia (según sexo) estará a cargo del examen genital externo e interno y de los siguientes procedimientos y obtención de muestras en la Guardia Central:
 - a) Peinado pubiano con peine fino colocándose previamente bajo la pelvis de la paciente un trozo de papel blanco. El papel

y lo extraído se guardarán en sobre de papel madera rotulado (según instructivo de Policía).

b) Toma de 2 muestras como mínimo para determinación de ADN de vagina, ano u otra parte del cuerpo. Se tomarán con hisopo estéril que se secará al aire y se guardará en sobre rotulado.

c) Toma de muestras para cultivo bacteriológico: exudado vaginal, endocérvix.

d) Estudios en sangre: Muestra indubitada, Subunidad beta y Serologías para VDRL, HBV, HCV y HIV.

D. Destino de las muestras:

- ❖ Médico de Policía y el personal de Criminalística tendrá a su cargo el secuestro de los siguientes materiales: Ropa interior o lo que crea conveniente para la causa en sobre de papel, Muestra de sangre en papel de filtro en sobre rotulado (muestra indubitada), Muestras de material debajo de las uñas para examen de ADN (según instructivo policial). Las tomará el medico policial/legal.
- ❖ Laboratorio Central Hospital Bariloche: Estudios en sangre: Subunidad beta, Serologías. Deben ingresar con orden médica completa, firmada y sellada.
- ❖ Bacteriología del Hospital Zonal Bariloche: Todas las muestras para cultivo, si se obtuvieron dentro del horario laboral, se enviarán de inmediato a destino. Si las muestras se obtuvieron fuera de dicho horario, todas quedarán en el Servicio de Maternidad (incluidas las de los menores) para ser enviadas al día siguiente con las muestras de dicha Sala.

E. Evaluación de riesgos de exposición e indicación de profilaxis: De acuerdo a la evaluación del riesgo de la exposición se brindará asesoramiento, se decidirá medidas para evitar embarazo y se ofrecerá profilaxis para HIV, Hepatitis B y otras ETS de acuerdo a lo referido en el Protocolo para la atención integral de víctimas de violaciones sexuales. La medicación necesaria para las profilaxis se encuentra en la caja correspondiente en Ginecología. La vacuna

para Hepatitis B se encuentra en la heladera de Guardia Central. Es importante evaluar y estudiar al agresor lo antes posible para identificar los riesgos y orientar la profilaxis.

Ubicación y reposición de materiales y medicamentos: Todos los elementos para toma de muestras y medicamentos necesarios para la asistencia inicial se reunirán en una caja a tal fin en el Servicio de Ginecología, excepto la vacuna para hepatitis B que se encuentran en la heladera de la Guardia Central porque requiere refrigeración y los retrovirales pediátricos (jarabes) que estarán en la heladera de pediatría. Reposición: Medicamentos para profilaxis: Cada médico que realice la indicación deberá dejar la receta en maternidad para que se reponga la medicación de la caja. Farmacia lo repondrá y solicitará lo utilizado al Nivel Central. Vacuna hepatitis B: El personal de Vacunación Central supervisará y repondrá stock en la heladera de Guardia Central Otros materiales: hisopos, portaobjetos, etc., repondrá Ginecología y/o el Ministerio público fiscal según corresponda.

F) Indicaciones luego de la evaluación inicial:

- A. A partir de la evaluación inicial el médico tratante decidirá la profilaxis: se administrarán los antibióticos, la primera dosis de vacuna para hepatitis B (si fuera necesaria) y la medicación antirretroviral suficiente para 1 mes.
- B. El médico tratante citará a la víctima dentro de las 72 hs. para entrega de resultados, control clínico y seguimiento en pediatría (menor de 15 años), ginecología (mujer mayor de 15 años) o infectología (varón mayor de 15 años)
- C. Indicará a la víctima concurrir a: - Infectología: En caso de que la víctima sea referida a este servicio para su evaluación y seguimiento se entregará una copia del protocolo de lesiones lo antes posible (en el día de la atención inicial o el primer día hábil). Se deriva Sin turno. En el caso de menores, el pediatra se comunicará con el infectólogo (no citará al paciente directamente con el infectólogo). Servicio Social de lunes a viernes de 8 a 16 horas (si no se realizó entrevista en la evaluación inicial). Salud Mental de acuerdo a criterio del profesional

que asistió en evaluación inicial. Entrega de la planilla de información para la víctima. El médico tratante explicará los pasos a seguir y entregará el formulario completo a la víctima, indicándole que lo traiga consigo en las consultas posteriores.

G) Protocolo de lesiones de abuso sexual: Luego de atender a la víctima el médico tratante realizará fotocopias del certificado y protocolo de lesiones de abuso sexual y las entregará: 1 copia al Servicio Social - 1 copia a Infectología y 1 copia a Farmacia en los casos que corresponda. El original deberá archivar en la Historia Clínica, en caso de no tener, el Secretario de Sala deberá abrirla con los datos que se disponga.

Funciones del médico tratante: Luego de la evaluación inicial el médico tratante se asegurará de que se cumplan estos requisitos:

- A. Archivar los originales del protocolo en la historia clínica del paciente (abrir historia si no la tenía previamente).
- B. Archivar resultados de los análisis solicitados en la historia clínica
- C. Enviar fotocopia del protocolo al Servicio Social.
- D. Entregar fotocopia del protocolo a Infectología (antes de que la paciente consulte) y, en lo posible comunicarse con la infectóloga.
- E. Entregar a Farmacia las recetas con la medicación indicada (para registro y reposición).
- F. Entrega a la víctima de la planilla "Información útil para el paciente"
- G. Asesorara en todo lo concerniente a los aspectos de la salud sexual, tratamientos y prevención.

Funciones del servicio social

- A. Realizará entrevista inicial con Salud Mental, para contención y evaluación de riesgo.
- B. Entrevistará al paciente y/o familiar citado por el médico tratante
- C. Asesorará sobre instancias legales de denuncias.
- D. Localizará a la víctima en caso de interrupción del tratamiento
- E. Centralizará todo el material relacionado con Abuso Sexual. (normas, notas, etc.)

- F. . Archivará 1 fotocopia del Protocolo de Lesiones en sus archivos internos.
- G. Elevará fotocopia del Protocolo a: UFap (Unidad Fiscal de Atención Primaria)
- H. Actuará como nexo para lo que se necesite compartir con el equipo de Justicia e instituciones involucradas según corresponda.

Funciones del servicio de salud mental

- A. Realizará entrevista inicial (con Servicio Social en el caso que ingresa de lunes a viernes de 8 a 16 hs).
- B. Contención y evaluación de riesgo de la víctima y grupo familiar.
- C. Seguimiento y tratamiento pertinentes.
- D. Asesorar sobre instancias legales inmediatas.
- E. En caso de víctimas menores de edad se las derivará con turno acordado para posterior atención y/o tratamiento al profesional de Salud Mental designado para tal fin.

Funciones de Infectología

- A. Reevaluar la indicación, tolerancia y efectos adversos de tratamiento antirretroviral que se haya prescrito. Ajustar indicaciones y seguimiento durante la profilaxis. Asesoramiento específico. Seguimiento serológico hasta el alta (a los 6 meses de ocurrido el episodio)
- B. Colaborar con el estudio de la fuente (abusador) si fuera posible.
- C. Ajustar mensajes e indicaciones para la víctima de acuerdo a resultados de la evaluación de la fuente.

Caso no agudo:

Los casos no agudos serán derivados para atención multidisciplinaria al Equipo de atención de víctimas de abusos sexuales que funciona en el consultorio forense del área de anatomía patológica. Aquel que tome contacto con una víctima que requiera la atención de este equipo deberá comunicarlo al referente de servicio social para acordar la fecha y horario. El referente de Servicio social se pondrá en contacto con un miembro del equipo. (Esto es para evitarle al paciente esperas y/o inconvenientes con ausencias o feriados). Se sugiere tomar los datos de contacto de la víctima.

Anexo III: Autorización:

San Carlos de Bariloche 8 de Febrero 2019

Comisión Evaluadora de Tesis

Licenciatura en Enfermería

Centro Regional Universitario Bariloche

Universidad Nacional del Comahue

S/D

De mi mayor consideración:

Estimado Sec. Académico

Mg. Alfonso Aguilar.

Me dirijo a Ud. Para solicitar su consentimiento para desarrollar mi trabajo de Proyecto de Tesis cuyo título es: **Valoración del conocimiento y la actitud referido a Violencia de Género por parte de los estudiantes de primero, tercero y quinto año de la carrera de Enfermería que cursan sus estudios en la Universidad Nacional del Comahue, Centro Regional Universitario Bariloche.**

Mi directora es la Dra. Mariela Bellotti y mi co directora la Dra. Ángela Carolina Moreno.

Dicho trabajo me permitirá optar al título de Licenciada en Enfermería.

Sin otro particular saluda atte.

Natalia Soledad Aguirre Barria

DNI N° 38.091.777

Legajo CRUB 591

Anexo IV: Autorización

San Carlos de Bariloche 8 de Febrero 2019

Comisión Evaluadora de Tesis

Licenciatura en Enfermería

Centro Regional Universitario Bariloche

Universidad Nacional del Comahue

S/D

De mi mayor consideración:

Estimada Coordinadora

Lic. Carolina Suarez

Me dirijo a Ud. Para solicitar su consentimiento para desarrollar mi trabajo de Proyecto de Tesis cuyo título es: **Valoración del conocimiento y la actitud referido a Violencia de Género por parte de los estudiantes de primero, tercero y quinto año de la carrera de Enfermería que cursan sus estudios en la Universidad Nacional del Comahue, Centro Regional Universitario Bariloche.**

Mi directora es la Dra. Mariela Bellotti y mi co directora la Dra. Ángela Carolina Moreno.

Dicho trabajo me permitirá optar al título de Licenciada en Enfermería.

Sin otro particular saluda atte.

Natalia Soledad Aguirre Barria

DNI N° 38.091.777

Legajo CRUB 591

Anexo IV: Cuestionario

Valoración del Conocimiento y la Actitud referido a Violencia de Género (VDG) por parte de los Estudiantes de primero, tercero y quinto año de Enfermería que cursan sus estudios en la Universidad Nacional del Comahue, Centro Regional Universitario Bariloche.

Cuestionario de elaboración propia que tiene como objetivo que los alumnos de Enfermería, de manera voluntaria y anónima, contesten preguntas que nos permitan determinar el nivel de conocimiento y actitudes que poseen sobre Violencia de Género. Estas respuestas se utilizarán para un trabajo de tesis que permitirá la obtención del Título de Licenciada en Enfermería.

Marque con una X, la respuesta que considere pertinente

Características Sociodemográficas

1) **Edad:**

17 a 27 años	
28 a 38 años	
39 a 49 años	
Más de 50 años	

2) **Sexo:**

Femenino	
Masculino	
Prefiero no contestar	
Otro	

3) **Estado Civil:**

Soltero/a	
Casado/a	
Conviviente	
Separado/a	
Viudo/a	

4) **¿Con quién vive actualmente?**

Solo/a	
Con algún familiar	
Con la pareja	
Con un compañero/a o amigo/a	

5) **¿Cómo se mantiene económicamente? Puede marcar más de una opción.**

Con aporte propio	
Con la ayuda de un familiar	
Con la ayuda de su pareja	
Con la ayuda de otra persona	

6) **En qué año de la Carrera de Lic. en Enfermería se encuentra:**

1er año del Primer Cuatrimestre	
3er año del Primer Cuatrimestre	
5to año del Primer Cuatrimestre	

7) **Cursaste o estas cursando alguna materia donde se hablara de VDG**

Sí, y se habló lo suficiente	
Sí pero se dio poca información.	
Sí, y no se generó discusión del tema	
No se habló de VDG en las materias cursadas hasta el momento.	

8) **Cursaste o estas cursando alguna materia donde te brindaran las herramientas y/o acciones para actuar frente a situaciones de VDG**

Si	
No	
No recuerdo	
¿Qué materia/materias? _____	

9) **¿Consideras que el plan de estudios de tu carrera debería tener una Perspectiva de Género Transversal?**

Si	
No	
No me interesa	

Conocimientos sobre Violencia de Género

10) **¿Crees que posees los conocimientos necesarios para detectar casos de Violencia de Género?**

Si	
No	

11) **Crees que la Universidad te brindó los conocimientos necesarios para detectar casos de Violencia de Género?**

Si	
No	
No sé	

12) **¿Cómo considera Ud. su Nivel de Conocimiento sobre Violencia de Género? Seleccione SOLO UNA opción:**

Muy Alto	
Alto	
Medio	
Bajo	

13) **¿Qué se entiende por Violencia de Género? Seleccione SOLO UNA opción**

Aquella ejercida por el hombre sobre la mujer; por el hecho de ser mujer	
Aquella ejercida por la mujer sobre el hombre; por el hecho de ser hombre	
Aquella ejercida indistintamente por el hombre o la mujer	
Aquella ejercida indistintamente por el hombre o la mujer, pero únicamente en el ámbito de la pareja	
No sabe/ No contesta	

14) **Consideras que el tipo de Violencia de Género más frecuente es (seleccione tantas respuestas como usted considere adecuadas):**

Física	
Psicológica	
Social	
Económica	
Sexual	
Otro ¿Cuál?	_____

15) **¿Qué se entiende por violencia doméstica? Seleccione SOLO UNA opción:**

Aquella que ocurre en el hogar, ejercida por el hombre sobre la mujer	
Aquella ocurrida en el hogar, ejercida por la mujer sobre el hombre	
Aquella que ocurre en el hogar indistintamente por cualquiera de las personas que conviven	
No sabe/No contesta	

16) **¿Cuál de estas situaciones cree que corresponden a violencia de género? (seleccione tantas respuestas como usted considere adecuadas):**

Aquella violencia que implica lesiones físicas	
Aquella violencia que conlleva lesiones psicológicas	
Aquella que conlleva la prohibición de libertad de la pareja	
Relaciones sexuales en contra de la voluntad de la persona	
No sabe/No contesta	

17) **¿Conoce alguna institución/organismo a la que se puede acudir en caso de violencia de Género? (Seleccione SOLO UNA opción)**

Si	
No	
No contesta/No Sabe	

18) **En el centro de salud donde asistes ¿Se realizan actividades de detección, ayuda y/o seguimiento a víctimas de Violencia de Género? (Seleccione SOLO UNA opción):**

Si	
No	
No contesta/No Sabe	

Actitudes sobre Violencia de Género

19) **En qué nivel socioeconómico se presenta la Violencia de Género (Seleccione tantas respuestas como usted considere adecuadas)**

Solo clase Alta	
Solo clase Media	
Solo clase baja	
Cualquier clase social	

20) **Como Futuro Profesional de Enfermería ¿mantendrías una actitud en estado de alerta ante un posible diagnóstico de violencia? (Seleccione SOLO UNA opción)**

Siempre	
A veces	
Nunca/ No me interesa	

21) **Como Futuro Profesional de Enfermería ante un paciente con lesiones físicas, se plantearía como diagnóstico diferencial la posibilidad de malos tratos (Violencia) (Seleccione SOLO UNA opción)**

Siempre	
A veces	
Nunca/ No me interesa	

22) **¿Conoce el Protocolo de Violencia de Género que existe en la UNCo?**

Si	
No	

23) **En caso de ejercer la profesión de enfermero/a: ¿Conoce el protocolo de Violencia de Género de su Institución?**

Si	
No	
No la ejerzo	

24) **Como Futuro Profesional de Enfermería ¿Aplicarías el protocolo de Violencia de Género en su trabajo? (Seleccione SOLO UNA opción)**

Siempre	
Normalmente	
Nunca	

25) **Como Profesional de Enfermería ¿Cuál crees que es el mayor problema a la hora de detectar un caso de Violencia de Género? (Seleccione tantas respuestas como usted considere adecuadas):**

Falta de formación profesional	
Falta de tiempo en la consulta	
Falta de Atención del profesional a la víctima	
Otras	
Falta de interés/temor de la víctima en ser reconocida como tal	

26) Como Profesional de Enfermería: Elija cuál considera la principal propuesta de mejora para la detección de casos de Violencia de Género (Seleccione tantas respuestas como crea adecuadas):

Cursos de formación profesional	
Tiempo suficiente que permita una actuación integral	
Crear un grupo especializado de profesionales, existiendo al menos uno por cada turno de enfermería	
Difusión a la comunidad (charlas, talleres)	
Otras: ¿Cuáles?	