






ARTÍCULO ORIGINAL

Caracterización de la violencia física hacia la mujer, provocada por su pareja Characterization of physical violence against women, caused by their partners

Yunia Oquendo-Cartón^{1,2} , Orlando Rafael Serrano-Barrera^{1,2} , Armando Batista-Ferrer^{1,2} , Lianet Medina-Santiesteban¹ , Anisleydis Díaz-González¹ 

¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas. ²Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta". Las Tunas, Cuba. **Correspondencia a:** Yunia Oquendo-Cartón, correo electrónico: yunia@ltu.sld.cu

Recibido: 29 de octubre de 2018

Aprobado: 13 de diciembre de 2018

RESUMEN

Fundamento: la prevalencia a nivel mundial de la violencia física hacia la mujer por su pareja se ha elevado en comparación con la década de los noventa. En el país no se cuenta con estudios nacionales acerca de este problema.

Objetivo: caracterizar la violencia física hacia la mujer provocada por su pareja en la provincia de Las Tunas, en el período comprendido entre enero 2014 a diciembre 2015.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo en una muestra de 69 mujeres que denunciaron ser víctima de violencia física por su pareja, residentes en la provincia y periodo de tiempo definidos en el objetivo. Se evaluaron variables epidemiológicas y médico-legales. Los datos se procesaron según la estadística descriptiva.

Resultados: más de la mitad (75,4 %) de las mujeres maltratadas que hicieron la denuncia estaban comprendidas en las etapas de la juventud y adultez temprana; predominaron las mujeres de piel blanca y las de nivel de escolaridad secundaria y preuniversitario; con mayor incidencia en el municipio cabecera. El tipo de lesión más frecuente fue por contacto físico (50,7 %), con calificación médico legal de no grave que requiere tratamiento médico.

Conclusiones: se describieron características de los casos de violencia física hacia la mujer provocada por su pareja en la provincia.

Palabras clave: VIOLENCIA FÍSICA HACIA LA MUJER; DAÑO FÍSICO.

Descriptor: VIOLENCIA CONTRA LA MUJER; AGRESIÓN.

ABSTRACT

Background: the worldwide prevalence of physical violence against women by their partners has increased compared to the nineties. In the country, there are no national studies on the prevalence of this problem.

Objective: to characterize physical violence against women caused by their partners in the province of Las Tunas, from January 2014 to December 2015.

Methods: a prospective longitudinal descriptive study was carried out with a sample of 69 women who reported being victims of physical violence by their partners, residents of the province and period of time declared in the objective. Epidemiological and medicolegal variables were assessed. The data were processed according to the descriptive statistics.

Results: more than half (75,4 %) of the abused women who made the complaint were included in the stages of youth and early adulthood; white women and those with secondary and pre-university education levels prevailed, with a greater incidence in the administrative center of the province. The most frequent type of injury was physical contact (50,7 %), with a medicolegal qualification of not serious requiring medical treatment.

Conclusions: characteristics of cases of physical violence against women caused by their partners in the province were described.

Key words: PHYSICAL VIOLENCE AGAINST WOMEN; PHYSICAL DAMAGE.

Citar como: Oquendo-Cartón Y, Serrano-Barrera OR, Batista-Ferrer A, Medina-Santiesteban L, Díaz-González A. Caracterización de la violencia física hacia la mujer, provocada por su pareja. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2019; 44(2). Disponible en: <http://revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/1615>.



Descriptors: VIOLENCE AGAINST WOMEN; AGGRESSION.

INTRODUCCIÓN

A pesar de ser la violencia física hacia la mujer por su pareja un fenómeno ancestral, es reconocido por la sociedad como un problema social y de salud vigente, no solo por los efectos que ocasiona, sino además porque nulifica los derechos humanos fundamentales. Una búsqueda en documentos de los siglos XVII y XVIII ya revela las denuncias de mujeres por haber recibido malos tratos de sus esposos. ⁽¹⁾ La primera denuncia de que se tiene noticia en Cuba fue realizada por María Pérez, en Lagunilla, actual provincia de Matanzas, en 1819. ⁽²⁾ Mary Wollstonecraft es considerada, convencionalmente, como la primera persona que vinculó que la situación subordinada de la mujer en la sociedad tiene su basamento en la cultura y así lo plasmó en su artículo "Vindication of the rights of woman" en 1792, lo que la hizo pasar a la posteridad; y Francisco de Goya, en 1796, fue primero en dibujarla, dando fe de lo ancestral del problema. ⁽³⁾

El reconocimiento de la violencia física hacia la mujer por su pareja como un problema de salud no se llevó a cabo desde los primeros momentos en que se abordó el tema. Se tardó casi treinta años en ubicarlo como tal. ⁽⁴⁻⁶⁾ La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud, con su correspondiente código T74. ^(7,8) En 1999, en la Resolución 54/134 de las Naciones Unidas, fue declarado el 25 de noviembre como Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en conmemoración del brutal asesinato de las hermanas Mirabal, en la República Dominicana. ⁽⁹⁾

Organizaciones internacionales han pronunciado que una de cada tres mujeres sufre la violencia en algún momento de su vida, se ha convertido en una "pandemia silenciosa", "epidemia invisible" y se ha pronosticado que podrá ser incluida como una de las primeras quince causas de enfermedad y muerte en 2020. ⁽⁹⁻¹²⁾ Es la primera causa de daño físico en el grupo de 15 a 44 años de edad y se le atribuye ser la causa de un descenso del 12,3 % en el Producto Interno Bruto mundial. ⁽⁹⁾

La prevalencia a nivel mundial de la violencia física hacia la mujer por su pareja se ha elevado en comparación con la década de los noventa, según el Banco Mundial, la OMS, la Unión Africana y la Comisión de los Derechos Humanos, que alcanza cifras desde 10 a 69 %. ⁽¹³⁻¹⁵⁾ En Cuba no se cuenta con estudios nacionales acerca de la prevalencia de este problema. En la provincia de Las Tunas, según las denuncias realizadas en el periodo comprendido entre 2012-2013, fueron encontradas cifras de violencia física hacia las mujeres por parte de sus parejas, en un 18 % de los casos. En el año 2000 se reportaron 32 mujeres lesionadas, cifra que se duplicó en el 2013 (datos recogidos en la Policía Nacional Revolucionaria de la provincia de Las Tunas); a pesar que, según cálculos, sólo se

denuncian el 10 % de las violencias físicas vividas, ⁽⁹⁾ este incremento no necesariamente refleja que ocurran en mayor cuantía, sino que las mujeres están concientizando que es una violación de sus derechos fundamentales y ese fue el motivo para la realización de este trabajo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal prospectivo, para caracterizar la violencia física hacia la mujer provocada por su pareja en la provincia de Las Tunas, en el periodo comprendido entre enero de 2014 a diciembre de 2015. El universo estuvo constituido por todas las mujeres que denunciaron la violencia física provocada por su pareja y acudieron al departamento de Medicina Legal de la provincia de Las Tunas en el periodo declarado. La muestra se conformó con las 69 mujeres de 18 años o más, residentes en la provincia, que denunciaron ser víctima de violencia física por su pareja y desearon colaborar con la investigación, previa explicación de sus objetivos y formas de desarrollo. Se excluyeron las mujeres con cualquier tipo de enfermedad psiquiátrica o retraso mental.

Se recibieron a las pacientes que llegaron al departamento de Medicina Legal con el instructor policial actuante. Se verificó que portaran el certificado de asistencia de primera intención de un lesionado, emitido por el médico que les brindó asistencia médica cuando sufrieron la lesión. Luego se observaron e interrogaron en un local destinado para ello, que cuenta con buena iluminación y privacidad. Posteriormente se les realizó el examen físico, localizado en las áreas lesionadas. Por último, se solicitó el consentimiento informado para aplicar el modelo de recogida de datos. El seguimiento se realizó según el tipo de lesión existente y la valoración del médico legista.

Se obtuvo la información a través de fuentes primarias obtenidas de la propia paciente mediante el interrogatorio, el examen físico y el modelo de recogida de datos, además de fuentes secundarias, como el carnet de identidad, las historias clínicas, los certificados de asistencia de primera intención de un lesionado, los informes periciales emitidos por las autoridades o cualquier otra forma de registro de datos. Los datos se recogieron en el modelo, que se aplicó a las mujeres lesionadas. Se expresaron en números de casos y por cientos.

Este modelo siguió un orden lógico, o sea, una secuencia lógica entre los asuntos, impidiendo que las cuestiones complejas se situaran prematuramente, evitando, en lo posible, obstáculos o barreras para responder las preguntas. La entrevista siguió el modelo de una conversación entre iguales y no un intercambio formal de preguntas y respuestas, pues en este estudio se consideró que el investigador no es un recolector de

datos, sino un sujeto activo, implicado en un proceso de relación.

En este estudio se cumplieron los principios éticos básicos del proceso investigativo. Para aplicar las técnicas de indagación se explicaron a las participantes en qué consistiría, los beneficios previsible que tendría y se les pidió su consentimiento para participar en el análisis. Se aseguró la confidencialidad de los datos, la privacidad, el anonimato y se les informó que tendrían la libertad de retirarse voluntariamente en el momento que así lo desearan.

RESULTADOS

De las mujeres maltratadas que hicieron la denuncia, más de la mitad (75,4 %) estaban comprendidas en las etapas de la juventud y adultez temprana.

TABLA 1. Distribución por grupo de edades de las mujeres víctimas de abuso físico por su pareja, Las Tunas, 2014-2015

Grupo de edades (años)	Nº	%
18 - 24 años	22	31,9
25 - 34 años	30	43,5
35 - 44 años	15	21,7
45 y más años	2	2,9
Total	69	100

La piel blanca predominó, pues las féminas con esta característica acusan más; 43 de 69, para un 62,3 %.

Uno de los factores más estudiados ante este evento es el relacionado con el nivel educacional (**tabla 2**), donde predominó el nivel preuniversitario con 33 casos, para un 47,8 %, bajo el supuesto de que a menor nivel educacional existiría mayor violencia.

TABLA 2. Distribución por nivel de escolaridad de las mujeres víctimas de abuso físico por su pareja

Escolaridad	Nº	%
Primaria	5	7,2
Secundaria	27	39,1
Preuniversitario	33	47,8
Universitario	4	5,9
Total	69	100

En la provincia de Las Tunas los delitos denunciados ocurrieron, en el 76,8 % de los casos, dentro del domicilio de las víctimas.

Las mujeres que viven en el municipio de Las Tunas sufren mayor violencia física por su pareja, con un 44,9 % (**tabla 3**).

TABLA 3. Distribución por municipio de residencia de las mujeres víctimas de abuso físico por su pareja

Municipio	Nº	%
Las Tunas	31	44,9
Jobabo	13	18,9
Amancio Rodríguez	7	10,1
Colombia	6	8,7
Puerto Padre	4	5,8
Jesús Menéndez	3	4,3
Manatí	3	4,3
Majibacoa	2	2,9
Total	69	100

En las mujeres víctimas de violencia íntima el estado conyugal que predominó en más de la mitad fue la unión consensual (71,1 %), ninguna de ellas era soltera ni viuda. El tipo de familia donde con más frecuencia se detectaron víctimas de violencia física por su pareja fue la extensa, con 32 casos, para un 46,4 %. El 59,4 % de las mujeres atendidas en la consulta que denunciaron el delito convivieron bajo relaciones abusivas por 10 años o más y ninguna menos de un año. El 100 % de las mujeres afectadas reconocen a la PNR como único tipo de apoyo social, ya que realiza acciones de manera inmediata separándolas del problema, no así los otros tipos de apoyo social, los cuales enfocan su labor en acciones orientadoras y preventivas. La opinión mayoritaria (85,5 %) es que la causa principal de la violencia de pareja es la ingestión de bebidas alcohólicas por parte del victimario.

El tipo de lesiones más frecuente fue por contacto físico, con 35 víctimas, para un 50,7 % (**tabla 4**).

TABLA 4. Distribución por tipos de lesiones

Tipos de lesiones	Nº	%
Por contacto físico	35	50,7
Limitación de sus movimientos	8	11,6
Lesiones por armas	5	7,3
Dos de ellas	21	30,4
Total	69	100

La calificación médico legal más frecuente fue no grave que requiere tratamiento médico (**tabla 5**).

TABLA 5. Distribución por la calificación médico legal

Calificación médico legal	Nº	%
Grave	5	7,2
No grave, que requiere tratamiento médico	49	71,1
No grave, que no requiere tratamiento médico	15	21,7
Total	69	100

DISCUSIÓN

De las mujeres maltratadas que hicieron la denuncia (**tabla 1**), más de la mitad (75,4 %) estaban comprendidas en las etapas de la juventud y adultez temprana, lo que coincide con los resultados encontrados por otros autores nacionales e internacionales. ^(4,9,16,17)

Es en las etapas de la juventud y adultez temprana, donde se inician las relaciones de pareja, comienzan los problemas conyugales, de infidelidad y celos y se presentan las crisis familiares con mayor frecuencia, motivos por los cuales también se explica el por qué se encontraron menos pacientes a partir de los 45 años. De ello, se infiere que los resultados que diferencian a estos grupos de edades se derivan del contexto socio histórico que les tocó vivir a las víctimas, pues algunas sociedades determinaron que el hombre fuera el principal encargado de la toma de decisiones en la familia, en este sentido existía la creencia errónea de que la mujer no es quien decide, sino quien obedece.

No es posible afirmar que el color de la piel sea un factor asociado a la violencia de pareja en el presente estudio, pues la proporción encontrada, 43 pacientes para un 62,3 %, se correspondió con la existente en la población de la provincia de Las Tunas, donde predomina el color de la piel blanca. Estos resultados coinciden con los resultados obtenidos en la bibliografía revisada. ⁽⁹⁾

Las mujeres que poseen un nivel educacional superior sufren menor violencia física por su pareja, con un 5,9 % (**tabla 2**). En la presente investigación los casos se incrementaron con el aumento de la escolaridad hasta el nivel preuniversitario, lo que se explica con el acceso general de la población al sistema educativo. En otros estudios realizados en el país se han encontrado diferencias, ^(4,9) no así en estudios internacionales realizados. ⁽¹⁹⁾

Estos datos nos permiten opinar que, más que el nivel de instrucción alcanzado, son los contenidos psicológicos derivados de la concepción del mundo los que mayormente se relacionan con la decisión de continuar o no con la relación violenta. Estos contenidos se expresan en la ideología amorosa, los ideales y expectativas, en función del sistema de necesidades del sujeto.

Las mayores acciones violentas ocurren dentro del domicilio, con 76,8 % de casos. Estos datos

coinciden con los obtenidos en otros estudios. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Esto se debe a que el abuso acontece, muchas veces, en los mismos espacios donde transcurren sus vidas cotidianas. Indudablemente, que un exceso de confianza, descuidos o negligencias en la selección de parejas o amistades puede favorecer a esto. Digamos, la violencia puede ser más grave, el impacto sobre los hijos y el resto de la familia, etc. Probablemente, en ese contexto la violencia tiene más tendencia a perpetuarse, porque es un espacio más cerrado.

Los que viven en el municipio Las Tunas sufren mayor violencia (**tabla 3**), con 44,9 %, por el hecho que viven en zona urbana, de mayor densidad poblacional, donde existe mayor actividad social, que favorece que las mujeres interactúen más en este ambiente. No se encontraron estudios nacionales que permitieran comparar nuestros resultados.

Existe la tendencia de no formalizar las relaciones entre parejas, razón que explica el mayor número de agredidas en este grupo, con 71,1 %. Se ha demostrado que, probablemente, las uniones en las que la pareja cohabita son más violentas que en las que hay un matrimonio propiamente dicho, teniendo en cuenta que este le brinda a la pareja la fuerza legal necesaria para un vínculo más sólido; contrario a la unión consensual, donde predomina la relación no formal. ⁽²⁰⁾

Se percibió que en las familias extensas es más frecuente la violencia, con 32 casos, para un 46,4 %, debido a que existen mayores posibilidades de enfrentamientos por la variedad de intereses y caracteres.

Contrario a la bibliografía consultada, en la que un número considerable de autores plantean que la relación habitual y continuada en familias extensas es un factor inhibitorio de la violencia. ⁽²¹⁾ Guerrero señala que la violencia física sobre la mujer es mucho más frecuente en familias donde conviven más de siete personas y mientras más numerosas son estas, mayor es el riesgo de la mujer, lo que concuerda plenamente con los resultados encontrados. ⁽²²⁾

Se comprobó la asociación entre los antecedentes de violencia y la reedición de patrones de comportamiento violentos en la relación de pareja, donde las mujeres que más denunciaron la intimidación fueron las que habían sufrido abuso físico anterior, en un 59,4 % de los casos, lo cual muestra una vez más que la violencia crea un círculo vicioso.

Las mujeres que denuncian mostraron frecuencias similares en la variable "no haber recibido violencia física y psicológica en la niñez", lo que puede estar asociado con que, al no ser víctimas de violencia en edades tempranas, cuando ocurre con su pareja, la tolerancia es menor, y se rompe con este tipo de vínculo opresor.

Investigaciones realizadas por la UNICEF, en Estados Unidos, ⁽²³⁾ en Perú ⁽²⁴⁾ y Cuba ⁽²²⁾ encontraron que el único marcador de riesgo para la violencia era ser

víctima de opresión en la infancia, ⁽⁷⁾ lo cual coincide con la bibliografía revisada. ⁽¹⁶⁻¹⁹⁾ Esto se debe a que la persona abusada se vuelve codependiente del agresor, aún después de ser golpeada. Aparece el ciclo de violencia conyugal, primero se acumulan tensiones, donde aparecen las agresiones verbales, donde las mujeres se avergüenzan y se sienten culpables de lo que les ocurre; luego se produce la explosión de las tensiones, donde la violencia es más intensa y las lesiones mucho más graves y, por último, la luna de miel, donde todo vuelve a una aparente calma, donde el agresor pide perdón y asegura que no volverá a ocurrir de nuevo, pero se repite el ciclo.

Otro motivo, por el cual algunas mujeres no se separan de este problema de codependencia, es que las anima la familia y, lamentablemente, en ocasiones hasta la sociedad, a permanecer con el abusador. A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Otras veces no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, si intentan separarse. Eso las incapacita para tomar las decisiones correctas. Su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes. Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, porque el principio vital está herido de muerte. ⁽²⁵⁾

Estudios realizados en 2013, ⁽²⁶⁾ sobre los factores sociales de la violencia a escala mundial en 45 países, encontraron que el apoyo social es un factor protector contra la violencia física. En nuestro estudio pudimos determinar un predominio de mujeres (50 casos), para un 72,5 %, en las cuales no existía percepción del apoyo social.

Autores cubanos consideran que este constituye un factor de riesgo psicosocial en la presentación de la violencia conyugal. ^(4,9,22) La OPS, en el año 2010, definió entre los factores sociales de salud, el apoyo social, resaltando su función como factor protector, el cual reporta beneficios para paliar los impactos de alta significación personal. ^(7,8)

La no percepción y recepción del apoyo social entorpecen el afrontamiento a los problemas y a la orientación dirigida a solucionar su situación de vida. Además, facilita la presentación de modos de enfrentamiento dirigidos al problema y al sentimiento de control sobre sus vidas. No percibir que se puede acceder a esta ayuda, se relaciona con los recursos subjetivos, ya que éstos mediatizan la realidad. Los recursos valoran las posibilidades de ayuda, reflexionan sobre las fortalezas externas existentes, que le permitan a la mujer seleccionar, adoptar posiciones y tomar decisiones sobre el conflicto. ⁽²²⁾ Las principales razones mencionadas para no buscar ayuda se relacionan con la falta de información y la vergüenza. Esto confirma que se

deben realizar más acciones de divulgación sobre esta temática.

Al no existir programas ni estrategias nacionales, las víctimas de la violencia se pierden de vista en medio del trabajo cotidiano, pues las acciones se desvían hacia otros problemas que sí cuentan con estos. Estos resultados fueron observados de manera similar en otros estudios. ⁽²⁸⁾

El 85,5 % de los casos asoció la ingestión de bebidas alcohólicas por parte del victimario como causa principal de la violencia de su compañero. Ello coincide con estudios revisados, los cuales plantean que las mujeres con parejas que toman alcohol hasta la embriaguez frecuentemente, tienen siete veces más riesgo de sufrir violencia física que las que no lo tienen. ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾ Este es un factor clave en la prevención de la violencia de pareja, puesto que desarrollar intervenciones que incluyan cambios de normas culturales sobre el uso excesivo de alcohol tiene repercusión directa en la prevención primaria de la violencia.

El principal motivo asociado fueron los celos en un 47,8 %. Estos datos coinciden con los de autores como Palacios Carranza y Elsa Lidia, quienes plantean que la mujer sufre violencia física cuando su pareja desconfía, tienen discrepancia en la relación marital y pobre comunicación interpersonal. ⁽²⁶⁾

El tipo de lesión más frecuente (**tabla 4**) fue por contacto físico, con 35 casos, para un 50,7 %, y está asociado a la propia reacción del victimario contra la víctima, que realiza la acción violenta de forma brusca, inmediata y sin premeditación, además, si requiere de asistencia médica, es el médico de asistencia el que da parte a las autoridades a través del certificado de primera intención de un lesionado. No fue posible compararlo con la bibliografía nacional e internacional, porque no se encontraron datos al respecto.

La calificación médico legal más frecuente fue no grave, que requiere tratamiento médico (**tabla 5**), lo cual coincide con las agresiones por contacto físico, dígame patadas, empujones, pellizcos, halón de pelo, golpes, etcétera. No se pudo compararlo con la bibliografía nacional ni internacional, porque no se encontraron datos al respecto.

En resumen, en la muestra estudiada de mujeres que denunciaron actos de violencia física por parte de su pareja se encontró que este es un problema sanitario y social que afecta fundamentalmente a las féminas en edad laboral, tiene lugar, sobre todo, en el interior del hogar, con tendencia a prolongarse en el tiempo y vinculado con estilos de vida y creencias, como el alcoholismo y los celos. Las lesiones por contacto físico fueron las predominantes en las mujeres atacadas por su pareja. La calificación médico-legal que predominó fue la no grave, que requiere tratamiento médico (71,1 %).


REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Mapelli Paiva de M, dos Santos Tavares DM. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev. Bras. Enferm.* [revista en internet]. 2015, Dic [citado 16 de marzo 2018]; 68(6): 1035-1041. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680606i>.
2. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cad. Saúde Pública* [revista en internet]. 2015, Jun [citado 16 de marzo 2018]; 31(6): 1234-1246. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00084614>.
3. Bastos da Silva E, Maris de Mello Padoin S, Amaral Carneiro VL. Violence against women and care practice in the perception of the health professionals. *Texto contexto-enferm.* [revista en internet]. 2015, Mar [citado 16 de marzo 2018]; 24(1): 229-237. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015003350013v>.
4. Díaz Fernández JM, Fernández Cardero A. Características clinicoepidemiológicas del trauma maxilofacial por violencia física contra la mujer. *MEDISAN* [revista en internet]. 2014, Dic [citado 16 de marzo 2018]; 18(12): 1652-1660. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_12_14/san041812.pdf.
5. Estefó A S, Mendoza-Parra S, Sáez C K. Violencia física en el embarazo: realidad en el extremo sur de Chile. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [revista en internet]. 2014, Oct [citado 16 de marzo 2018]; 79(5): 396-407. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262014000500007>.
6. Palmarella Rodrigues V, Costa Machado J, Vieira Simões A, Mendes Pires Vilara MM, Santos Paiva M, Freire Diniz NM. The practice of family health strategy workers when caring for women in gender violence situations. *Texto contexto - enferm.* [revista en internet]. 2014, Sep [citado 16 de marzo 2018]; 23(3): 735-743. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001650013>.
7. Gonçalves Alves do Nascimento E de F, Peixoto Ribeiro A, Ramos de Souza E. Perceptions and practices of Angolan health care professionals concerning intimate partner violence against women. *Cad. Saúde Pública* [revista en internet]. 2014, Jun [citado 16 de marzo 2018]; 30(6): 1229-1238. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00103613>.
8. Pacheco Rodrigues D, Azevedo Gomes-Sponholz F, Stefanelo J, Spanó Nakano AM, dos Santos Monteiro JC. Intimate Partner Violence against Pregnant Women: Study About The Repercussions On The Obstetric And Neonatal Results. *Rev. esc. enferm. USP* [revista en internet]. 2014, Abr [citado 16 de abril 2018]; 48(2): 206-212. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200002>.
9. Hidalgo García L, Valdés López Diana C. Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MEDISAN* [revista en internet]. 2014, Feb [citado 16 de marzo 2018]; 18(2): 181-187. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_2_14/san06214.pdf.
10. Montgomery B, Rompalo A, Hughes J, Wang J, Haley D, Hodder S, et al. Violence Against Women in Selected Areas of the United States. *American Journal of Public Health* [revista en internet]. 2015, Oct [citado 16 de marzo 2018]; 105(10): 2156-2166. Disponible en: MEDLINE Complete.
11. Puri M, Misra G, Hawkes S. Hidden voices: prevalence and risk factors for violence against women with disabilities in Nepal. *BMC Public Health* [revista en internet]. 2015 Mar [citado 16 de marzo 2018]; 15(1): 1-11. Disponible en: Academic Search Premier.
12. Stewart D, Aviles R, Guedes A, Riazantseva E, MacMillan H. Latin American and Caribbean countries' baseline clinical and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women. *BMC Public Health* [revista en internet]. 2015, Jul [citado 16 de marzo 2018]; 15(1): 1-6. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1994-9>.
13. Ogland E, Xu X, Bartkowski J, Ogland C. Intimate Partner Violence Against Married Women in Uganda. *Journal Of Family Violence* [revista en internet]. 2014, Nov [citado 16 de marzo 2018]; 29(8): 869-879. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-014-9640-3>.
14. Ali A, Yassin K, Omer R. Domestic violence against women in Eastern Sudan. *BMC Public Health* [revista en internet]. 2014, Nov [citado 16 de marzo 2018]; 14(1): 1136. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-1136>.
15. Del Río Ferres E, Megías J, Expósito F. Gender-based violence against women with visual and physical disabilities. *Psicothema* [revista en internet]. 2013, Feb [citado 16 de marzo 2018]; 25(1): 67-72. Disponible en: MEDLINE Complete.
16. Harbishettar V, Math S. Violence against women in India: comprehensive care for survivors. *The Indian Journal Of Medical Research* [revista en internet]. 2014, Ago [citado 16 de marzo 2018]; 140(2): 157-159. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4216486/>.

17. Blitchtein-Winicki D, Reyes-Solari E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Pública* [revista en internet]. 2012, Enero [citado 16 de marzo 2018]; 29(1): 35-43. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/imagenes/artrevista/pdf/rpmesp2012.v29.n1.a06.pdf>.
18. Tumwesigye N, Kyomuhendo G, Greenfield T, Wanyenze R. Problem drinking and physical intimate partner violence against women: evidence from a national survey in Uganda. *BMC Public Health* [revista en internet]. 2012, Jun [citado 16 de marzo 2018]; 12(1): 399. Disponible en: MEDLINE Complete.
19. Uribe-Urán V. Physical Violence against Wives and the Law in the Spanish American World, 1820s-2000s. *Bulletin of Latin American Research* [revista en internet]. 2013, Mar [citado 16 de marzo 2018]; 3249-80. Disponible en: Academic Search Premier.
20. Antai D. Controlling behavior, power relations within intimate relationships and intimate partner physical and sexual violence against women in Nigeria. *BMC Public Health* [revista en internet]. 2011, Jun [citado 16 de marzo 2018]; 11(1): 511. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-511>.
21. Ferreira Acosta D, de Oliveira Gomes VL, Cristina de Oliveira D, Corrêa Marques S, Dora da Fonseca A. Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural. *Rev. Gaúcha Enferm.* [revista en internet]. 2018 [citado 28 de septiembre 2018]; 39: e61308. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.61308>.
22. Guerrero María Fernanda Rivadeneira. Violencia física contra la mujer: una propuesta de abordaje desde un servicio de salud. *Rev Cuid* [revista en internet]. 2017, Dic [citado 28 de 27 de septiembre 2018]; 8(2): 1656-1667. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.404>.
23. Brock Carneiro J, Pereira Gomes N, Fernanda Matheus E, Damasceno de Santana J, Santos Mota R, Lorenzini Erdmann A. Domestic violence: repercussions for women and children. *Esc. Anna Nery* [revista en internet]. 2017 [citado 28 de marzo 2018]; 21(4): e20160346. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0346>.
24. Quispe Ilanzo MP, Curro Urbano OM, Cordova Delgado M, Pastor Ramirez N, Puza Mendoza GM, Oyola Garcia AE. Violencia extrema contra la mujer y feminicidio en el Perú. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en internet]. 2018 [citado 28 de septiembre 2018]; 44(2). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/991>.
25. Morsch Passos AI, Angerame Yela Gomes D, Defilippi Gonçalves CL. Perfil de la atención a víctimas de violencia sexual en Campinas. *Rev. Bioét.* [revista en internet]. 2018, Enero [citado 28 de septiembre 2018]; 26(1): 67-76. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018261227>.
26. Palacios Carranza EL. La violencia contra la mujer en el Perú. *Crescendo Ciencias de la salud* [revista en internet]. 2018, Enero [citado 28 de septiembre 2018]; 4(2): 619-623. Disponible en: <https://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/1695/1429>.


Declaración de autoría

Yunia Oquendo-Cartón

 <https://orcid.org/0000-0002-6879-034X>


Participó en la concepción inicial del artículo, el análisis de los resultados y la redacción de las versiones original y final del artículo.

Orlando Rafael Serrano-Barrera

 <https://orcid.org/0000-0002-2605-6999>


Participó en el análisis de los resultados y la redacción de las versiones original y final del artículo.

Armando Batista-Ferrer

 <https://orcid.org/0000-0002-3015-1323>


Participó en el análisis de los resultados y la redacción de las versiones original y final del artículo.

Lianet Medina-Santiesteban

 <https://orcid.org/0000-0002-7156-7456>

Participó en la concepción inicial del artículo, el análisis de los resultados y la revisión de la versión final.

Anisleydis Díaz-González

 <https://orcid.org/0000-0002-2639-1519>

Realizó la recolección de los datos. Participó en la concepción inicial del artículo, el análisis de los resultados y la revisión de la versión final.

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Copyright Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.