

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

"PREVALENCIA DE MALTRATO INTRAFAMILIAR SECUNDARIO AL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA CIUDAD DE PUJILÍ- HOSPITAL BÁSICO RAFAEL RUIZ, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DEL 2015 A ENERO DEL 2016".

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO GENERAL

AUTOR: ANDREA ESTEFANÍA IÑIGUEZ RAMÍREZ

DIRECTOR: DR. CARLOS PROAÑO VITERI

QUITO, ENERO 2018

DEDICATORIA:

A Dios por ser pilar fundamental en mi vida.

A mi padre Manuel Iñiguez y a mi madre Ma. Elizabeth Ramírez por ser el cimiento para la construcción de mi vida profesional y por sentar en mí la responsabilidad. En ustedes quiero reflejarme porque sus virtudes son infinitas y su gran corazón me llevan a admirarlos cada día más.

A mi esposo David Álvarez por su ejemplo de responsabilidad y entrega en esta maravillosa carrera, por su amor y paciencia infinitas.

A mis hermanos Manolo e Isabella por su compañía, amor, risas y alegrías durante este largo camino.

Este nuevo logro es gracias a ustedes, por su apoyo, amor y compañía en cada etapa de mi vida. Los amo inmensamente.

Andrea Iñiguez Ramírez

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por haberme acogido durante mi carrera. A mis profesores por haber compartido sus conocimientos conmigo. A mi director de tesis Dr. Carlos Proaño por aceptar dirigir este trabajo de titulación.

Extiendo mis agradecimientos al Hospital Básico Rafael Ruiz en Pujilí, quienes me brindaron sus instalaciones con fines científicos para el proyecto.

Andrea Iñiguez Ramírez

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO **Página**

Título…… 1

Dedicatoria…… 2

Agradecimientos…… 3

Contenido…… 4

Índice de Gráficos…… 8

Índice de Tablas…… 8

Resumen…… 10

Abstract…… 12

CAPÍTULO I

1. Introducción…….. 14

CAPÍTULO II

2. Marco teórico…… 16

2.1 Antecedentes……. 17

2.1.1 Características demográficas de Pujilí……. 18

2.2 Neurobiología…… 19

2.2.1 Efectos del alcohol en el sistema nervioso…….. 20

2.2.2 Niveles de alcoholemia y relación clínica…… 24

2.3 Definiciones……. 25

2.4 Tipos de familia…… 25

2.5 Tipos de violencia intrafamiliar……. 26

2.6 Alcohol y sociedad……. 31

2.6.1 Alcohol y pobreza en indígenas……. 32

2.7 Factores causantes y desencadenantes que tienen impacto en el desarrollo de la conducta violenta…… 33

2.8 Dinámica de la violencia intrafamiliar……. 33

2.8.1 Primera etapa...……. 33

2.8.1.1 Segunda etapa……. 34

2.8.1.2 Tercera etapa……... 35

2.8.2 Características de las víctimas…… 35

2.8.3 Características de los agresores…….. 36

2.9 Consecuencias de la violencia intrafamiliar……. 37

2.9.1 Consecuencias físicas……...……. 37

2.9.2 Consecuencias psicológicas…… 38

2.9.3 Impacto en la sociedad…….. 38

2.9.3.1 Costos agregados de atención de salud…… 38

2.9.3.2 Efectos sobre la productividad y el empleo…… 38

2.10 Mitos de la violencia intrafamiliar……..… 39

2.11 Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Judicial del Ecuador.40

2.12 Ley contra la Violencia Intrafamiliar en el Ecuador…… 42

2.13 Manejo por parte del MSP en casos de Violencia Intrafamiliar…….. 45

CAPÍTULO III

3. Materiales y Métodos…….. 46

3.1 Justificación…….. 47

3.2 Problema de investigación…… 47

3.3 Objetivos…….. 48

3.3.1 Objetivo General…… 48

3.3.2 Objetivos Específicos…….. 48

3.4 Hipótesis……. 49

3.5 Metodología…… 49

3.5.1 Operacionalización de las variables……. 49

3.6 Descripción de la muestra…….. 50

3.7 Tipo de estudio…… 51

3.8 Criterios de Inclusión y Exclusión……. 51

3.9 Procedimiento de recolección de la información…… 51

3.10 Plan de análisis de datos…… 51

3.11 Aspectos bioéticos……. 51

3.11.1 Propósitos del Estudio…… 51

3.11.2 Procedimiento……. 52

3.11.3 Obtención de Consentimientos Informados…… 52

3.12 Aspectos Administrativos…….. 52

3.12.1 Recursos Humanos……. 52

3.12.2 Recursos Físicos……. 52

3.12. 3 Recursos Económicos…… 53

CAPÍTULO IV

4. Resultados……. 54

4.1 Características Sociodemográficas de la población estudiada…… 55

CAPÍTULO V

5. Discusión…… 66

CAPÍTULO VI

6. Conclusiones y recomendaciones……. 71

6.1 Conclusiones…….. 72

6.2 Recomendaciones……... 73

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……. 74

ANEXOS……. 77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Auto identificación étnica Provincia de Cotopaxi……. 18

Gráfico 2: Manejo en casos de Violencia Intrafamiliar…… 45

Grafico 3: Sexo del paciente* Grupo etario……. 56

Gráfico 4: Sexo del paciente* Tipo de maltrato ……..…….. 57

Gráfico 5: Sexo del paciente* Relación con el agresor……. 58

Gráfico 6: Sexo del paciente* Tipo de lesión…… 59

Gráfico 7: Sexo del paciente*Primera agresión o reincidencia……. 60

Gráfico 8: Primera agresión o reincidencia* Uso de arma blanca……. 61

Gráfico 9: Grupo etario* Primera agresión o reincidencia…… 62

Gráfico 10: Sexo del paciente * Posee trabajo…… 63

Gráfico 11: Sexo del paciente * Ocupación……. 64

Gráfico 12: Posee trabajo * Primera agresión o reincidencia…… 65

Gráfico 13: Violencia en mujeres según grupo étnico…….. 69

Gráfico 14: Universo de casos de violencia intrafamiliar Circuito Pujilí del Distrito Danzante……. 70

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Niveles de alcoholemia y relación clínica…… 24

Tabla 2: Operacionalización de las variables……. 49

Tabla 3: Sexo de los pacientes…….……. 55

Tabla 4: Grupo etario de los pacientes…….……. 55

Tabla 5: Tipo de lesión infringida…….……. 55

Tabla 6: Sexo del paciente* Grupo etario…….…….... 56

Tabla 7: Sexo del paciente* Relación con el agresor…….…… 57

Tabla 8: Grupo etario* Relación con el agresor…….…… 58

Tabla 9: Sexo del paciente*Primera agresión o reincidencia……..… 59

Tabla 10: Primera agresión o reincidencia* Uso de arma blanca……... 60

Tabla 11: Sexo del paciente * Posee trabajo…….. 62

Tabla 12: Sexo del paciente * Ocupación……. 63

Tabla 13: Posee trabajo * Primera agresión o reincidencia…… 64

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar secundaria a consumo de alcohol en pacientes de cualquier edad quienes fueron atendidos en el hospital Rafael Ruiz de Pujilí desde enero 2015 a enero del 2016.

TIPO DE ESTUDIO: Estudio Retrospectivo Analítico

MUESTRA: Se incluyen las historias clínicas de pacientes que hayan requerido llenar la ficha única de violencia intrafamiliar y de género. Según los datos estadísticos del hospital Rafael Ruiz en Pujilí corresponde a 68 personas. Se aceptará un margen de error del 5% con un nivel de confianza del 95%.

VARIABLES A MEDIR: Edad, sexo, nivel de instrucción, relación con agresor, tipo de agresión, primera agresión o reincidencia.

PLAN DE ANÁLISIS: Se realizó una base de datos en Microsoft Excel (versión 2011). Para la sistematización, procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) (Windows Español Versión 24).

RESULTADOS: Se obtuvo una muestra de 68 pacientes, 20,6% fueron de sexo masculino (n=14) y 79,4% de sexo femenino (n=54); de ellos el 13,2% (n=9) correspondieron al grupo etario de menores a 20 años, 54,4% (n=37) al grupo de 20 a 40 años y 32,4% (n=22) al grupo de 41 años o más. También se realizó un análisis del tipo de lesión física infringida y se obtuvo hematomas en un 57,4% (n=39), fracturas en un 22,15% (n=15), y heridas cortantes o punzantes en un 20,6% (n=14). La mayor cantidad de pacientes atendidos por violencia fueron del sexo femenino y correspondieron mayoritariamente al grupo etario de 20 a 40 años (n=33). En cuanto al sexo del agresor la mayoría fueron de sexo masculino 88,2% (n=60) y femenino 11,8% (n=8). En cuanto al tipo de maltrato en pacientes femeninas se observó 46 casos de maltrato físico y 8 casos de maltrato físico y psicológico, mientras que en los pacientes masculinos se observo maltrato físico en todos los 14 casos. Analizando la relación con el agresor en pacientes femeninas el maltrato se dio por parte del conviviente en 16 casos, esposo 15 casos, ex pareja 10 casos, novio en 6 casos y otros familiares en 7 casos. En el grupo de maltrato reincidente hubo 24 casos en pacientes femeninas y 7 en masculinos. También se encontró 17 casos asociados a uso de arma blanca y el grupo etario de más de 41 años es en el que se encontró más reincidencias con 18 casos. En cuanto a la parte laboral se encontró que de los 14 pacientes masculinos 8 tenían trabajo, mientras que 6 no poseían. Y en el grupo de pacientes femeninas 35 pacientes no tenían trabajo mientras que 19 si poseían. La mayoría de pacientes se ocupaban en agricultura y amas de casa. En los pacientes que no tenían trabajo se encontró 21 casos de agresión reincidente, mientras que en los que si poseían se observo 10 casos.

CONCLUSIONES: La violencia intrafamiliar es un fenómeno grave que asecha a la población ecuatoriana, el alcohol es un agravante que incita a la agresión. Este hecho en nuestro país y el mundo es prevalente hacia la mujer y se suscita principalmente por su

pareja sentimental. Tiene un origen multifactorial; entre los factores ocupa importancia la intolerancia, la socialización en la ideología machista en la que emergen aspectos como celos, desconfianza, infidelidad, y el consumo de alcohol. El uso de arma blanca en la agresión aumenta si son casos de violencia reincidente. Los múltiples y desbastadores efectos de la violencia intrafamiliar, impactan tanto el nivel individual de la víctima como a la sociedad; lo que genera problemática social y exige una intervención inmediata para lograr un tratamiento preventivo, educativo y formativo.

PALABRAS CLAVE: Violencia, alcohol, familia.

ABSTRACT:

OBJECTIVE: To determine the prevalence of intrafamiliar violence secondary to alcohol consumption in any age patients who were treated at Rafael Ruiz Hospital from January 2015 to January 2016.

TYPE OF STUDY: Retrospective Analytical Study

SAMPLE: It includes the medical record of patients who had required to fill in the intrafamiliar and gender violence form. According to the statistical data of the hospital Rafael Ruiz in Pujilí it corresponds to 68 people. A margin of error of 5% with a confidence level of 95% will be accepted.

VARIABLES TO BE MEASURED: Age, sex, level of education, relationship with aggressor, type of aggression, first aggression or recidivism.

ANALYSIS PLAN: The database was created in Microsoft Excel (2011 version). For the systematization, processing and analysis the statistical package for the social sciences was used (SPSS) (Windows Spanish Version 24).

RESULTS: A sample of 68 patients was obtained, 20.6% were male (n = 14) and 79.4% female (n = 54). 13.2% (n = 9) corresponded to the age group under 20 years, 54.4% (n = 37) 20 to 40 years and 32.4% (n = 22) 41 years old or older. An analysis of the type of inflicted physical injury was also made and we got 57.4% (n = 39) bruises, 22.15% (n = 15) fractures, and sharp or puncture wounds in a 20.6% (n = 14). The majority of patients attended were female and corresponded mostly to the age group of 20 to 40 years (n = 33). Regarding the sex of the aggressor, the majority were male 88.2% (n = 60) and female 11.8% (n = 8). Regarding the type of violence in female patients, we obtained 46 cases of physical abuse and 8 cases of physical and psychological abuse, while in male patients, physical abuse was observed in all cases (n=14). Analyzing the aggressor we saw that violence came by the cohabiter in 16 cases, husband 15 cases, ex-partner 10 cases, boyfriend in 6 cases and other relatives in 7 cases. In male patients the aggressor in all cases were other relatives. We also found 17 cases associated with the use of a knife and the age group over 41 years old was the one with the most recidivism with 18 cases. It was found that 8 of the male patients had a job, while 6 did not. And in the group of female patients, 35 patients had no job, while 19 had a job. The majority of patients were employed in agriculture and housewives. In the patients who did not have job, 21 cases of recurrent aggression were found, while in those who did have a job 10 cases were observed.

CONCLUSIONS: Domestic violence is a serious phenomenon that stalks the Ecuadorian population, unfortunately alcohol is very harmful, because it encourages aggression. This fact in our country and the world is prevalent towards woman and it happens mainly by her sentimental partner; it has a multifactorial origin, among the factors, intolerance is important, socialization in the male chauvinist ideology in which aspects such as jealousy, distrust, infidelity, and alcohol consumption emerge. Use of a

knife in aggression increases if violence is recurrent. The multiple and devastating effects of domestic violence impact both the individual level of the victim and society; what generates social problems and demands an immediate intervention to achieve preventive, educational and formative treatment.

KEYWORDS: Violence, alcohol, family.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades y la sociedad.

La mayor parte de violencia ejercida tiene como consecuencia lesiones físicas, enfermedades mentales, infecciones de transmisión sexual y algunos otros problemas. Los efectos sobre la salud pueden durar años, otras veces pueden convertirse en discapacidades físicas o mentales permanentes, y aún la muerte.

La violencia intrafamiliar contra la mujer, niños, niñas y adolescentes en todos los ciclos de vida, tiene una génesis social relacionada con los roles de poder que históricamente se asignan y atribuyen a los hombres y de subordinación que se espera de las mujeres. Relaciones de poder socialmente construidas.

La violencia y el maltrato familiar se han reconocido como un problema socialmente vinculado al consumo de alcohol, principalmente consumido por el hombre, quien ejecuta algún tipo de violencia en la mujer. Los datos mundiales revelan que ocurre en todos los países; siendo manifestada de varias formas y en los más diversos espacios de la sociedad, independientemente de la clase social, edad, raza, tipo de cultura o grado de desarrollo económico del país. La violencia doméstica contra la mujer y el consumo de alcohol son considerados problemas de salud pública. (WHO, 2016)

La relación entre el alcohol y la violencia tiene efectos sobre la estructura y el funcionamiento del sistema nervioso central, afecta directamente la conciencia, la que nos permite razonar sobre nuestra propia existencia y reflejar, de manera adecuada, la realidad circundante, por lo que el consumo de alcohol puede promover alteraciones en las percepciones e ideas de las personas que han ingerido esta sustancia, lo que influye de modo negativo en sus relaciones con los demás y en la comprensión cabal de las circunstancias vividas. También puede ocurrir desinhibición, pérdida de control emocional, ruptura de códigos ético–morales y de las buenas costumbres de convivencia, lo que facilita la aparición de la violencia.

Ecuador no escapa a esta realidad, los problemas de salud asociados a la violencia, aparecen entre las primeras causas de enfermedad y muerte, en casi todos los perfiles por ciclos de vida.

Por esta razón, se considera importante, estudiar este tema a profundidad. Para buscar una solución y generar programas de prevención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

El alcohol se encuentra en la naturaleza, en los alimentos compuestos por azúcar que combinadas por la acción de las levaduras metabolizadas generan energía. Esta acción se da en frutas como las uvas para producir vino, la fermentación de los cereales con almidón produce cerveza. Los griegos aromatizaron el vino con miel, canela e incluso tomillo. El alcohol representaba un medio imprescindible para celebrar acontecimientos importantes tales como la fiesta de la cosecha, las bodas y los funerales. (Guelbenzu, Ricardo 2011)

El hombre ha dispuesto de bebidas alcohólicas desde la aparición de la cerámica. Esta época se encuentra entre finales del mesolítico y principios del neolítico. Gracias a la cerámica se podía realizar el proceso de fermentación del alcohol así como su almacenamiento.

Entre los años 4000 y 3500 antes de Cristo aparece constancia del uso del vino y la cerveza en distintas regiones como China, Egipto y Mesopotamia.

En la mayoría de los casos, el uso de estas sustancias adquiría generalmente un carácter ritual o mágico-religioso, pero pronto traspasó esta barrera, obligando a regularse su uso en algunas civilizaciones; por ejemplo, en el Código de Hammurabi en Mesopotamia ya se encuentran leyes que regulan la venta y consumo de la cerveza.

En la Edad Media, se descubre la técnica de destilación en Europa, así se consiguen bebidas con alto índice de alcoholemia y así mayores efectos intoxicantes.

En la América precolombina se utilizaba la "Chimba" una bebida parecida a la cerveza la misma que fue ofrecida a Cristóbal Colón. Con los descubrimientos y colonizaciones las bebidas alcohólicas se expandieron en ambas direcciones. (Diaz, 2003 The influence of the alcohol in the society)

El alcohol hace que nos saltemos algunas normas sociales. La agresividad es un rasgo biológico del ser humano y constituye una herramienta al servicio de la supervivencia de la especie, base de la evolución y perpetuación de las especies. Se puede decir, pues, que el agresivo nace pero el violento se hace. La agresividad estaría sustentada por la propia biología, por el instinto, siendo por lo tanto benigna en cuanto a que tiene una función defensiva, al contrario la violencia tiene una base más cultural, competitiva, vengativa, ofreciendo la cara más maligna y cruel de la especie humana. (Anderson y Baumberg, 2006).

Históricamente, la criminalidad por consumo de alcohol ha sido cosa de varones. Los implicados, son sobre todo hombres entre 20 y 30 años. Las mujeres son hoy responsables de tan sólo un 10% de los delitos. (N. Petit. Paidós, 2010)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud del año 2002, declaró la violencia uno de los principales problemas de Salud Pública en todo el globo.

2.1.1 Características demográficas de Pujilí

El cantón Pujilí es una entidad territorial subnacionalecuatoriana, de la Provincia de Cotopaxi. Su cabecera cantonal es la ciudad de Pujilí, lugar donde se agrupa gran parte de su población total. La cabecera cantonal se encuentra a 2.961 metros, en las laderas del monte Sinchahuasín. Se fundó en 1657.

El cantón presenta varios climas: templado en su zona urbana, frío en las regiones altas y cálido en áreas del subtrópico. El cantón tiene un área de 1.305 kilometros cuadrados. La cantonización se produjo el 14 de octubre de 1852. Etimológicamente Pujilí en quichua significa posada de juguetes. (GAD Pujilí, 2013)

En el área rural del cantón se encuentra concentrada un 92,7% de la población de Pujilí. La población femenina alcanza el 53,1%, mientras que la masculina, el 46,9%. El analfabetismo en mujeres se presenta en 37,08%, mientras que en varones: 20,09%. (INEC, 2010)

De acuerdo al SIISE (Sistema de indicadores sociales del Ecuador) el 29% de la población en la provincia de Cotopaxi es indígena, y de acuerdo a las estimaciones con la población sobre la adscripción étnica, considerando básicamente el uso del idioma kíchwa, el 36% de la población de Cotopaxi es indígena.

No obstante según su cultura y costumbres el mayor porcentaje de la población de la provincia de Cotopaxi se identifica como mestizo.

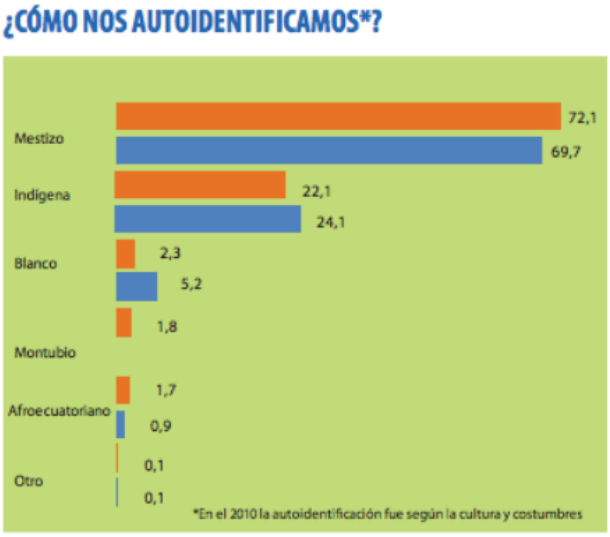


Gráfico 1: Auto identificación étnica Provincia de Cotopaxi

Fuente: Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, fascículo provincial Cotopaxi.

2.2 Neurobiología

Las emociones producen un comportamiento específico condicionado por la actividad del tálamo, el hipotálamo, el sistema límbico y el sistema reticular. En el sistema límbico tienen ubicación los sistemas neuroinmunológico, neurovegetativo y neuroendocrino, además del establecimiento de los ritmos circadianos, estando todo ello correlacionado con las propias emociones de las personas. Pero, concretamente, las bases neurobiológicas de la agresividad se hallan en la corteza prefrontal y en la amígdala, actuando esta última como moduladora de la violencia. Todo ello mediatizado por neurotrasmisores, especialmente la serotonina y la noradrenalina, así cuando hay una depleción de serotonina y un incremento de la noradrenalina se incrementa la irritabilidad personal y pueden aparecer episodios de agresividad. La amígdala y el hipotálamo trabajan coordinadamente y según sus interacciones, se modulan los comportamientos de ataque o agresión, sabiendo además que el córtex frontal orbital, está ligado al raciocinio y las decisiones y definiendo las funciones ejecutivas, frena la impulsividad. La amígdala es la que inicia la respuesta de defensa y prepara al organismo para entrar en acción, en cambio el hipotálamo regula los cambios vegetativos que se producen junto la emoción, pero en ningún caso es la estructura que inicia la respuesta. El cortex prefrontal actuaría como un freno ante los impulsos agresivos. Hay estudios que concluyen que personas violentas y psicópatas tendrían una actividad reducida en la corteza prefrontal, aunque también es cierto que no todos los que tienen daños a este nivel son violentos (Sánchez Navarro y Román, 2004).

Otros neurotransmisores implicados en las emociones y por lo tanto en las respuestas agresivas, son las endorfinas, acetilcolina, noradrenalina, dopamina y GABA. Por ejemplo, un descenso de los niveles de endorfinas propicia un incremento de la agresividad. (Health and Addictions 2011, Vol. 11)

El alcohol interfiere sobre la fisiología de los sistemas cerebrales y produce una desinhibición que propicia la manifestación de las conductas agresivas, el alcohol actúa de facilitador de los mecanismos agresivos, manipulando la respuesta razonada ante situaciones e impidiendo el freno para actuar violentamente. El nivel de funcionamiento cognitivo y de expectativas personales afecta en cada individuo la respuesta que se manifieste después de un consumo de alcohol y ante un estímulo que genere agresividad. (Health and Addictions 2011, Vol. 11)

Algunas personas son más propensas que otras a llegar a ser agresivos después de consumir alcohol. Los investigadores que estudian el uso de alcohol y la agresión mantienen la esperanza de identificar las diferencias individuales en el comportamiento y la bioquímica que existen entre los sujetos que se vuelven agresivos tras el consumo de alcohol. La investigación con primates no humanos ha demostrado que las diferencias individuales de la química del cerebro pueden predecir la impulsividad y la agresión inducida por el alcohol. Estas diferencias parecen estar asociadas con las experiencias de crianza temprana y se mantienen estables durante toda la vida del individuo (Higley, 2001).

Varias teorías intentan explicar porque el consumo de alcohol incrementa la agresividad.

La primera teoría es la de la desinhibición, se trata de una teoría química sobre los efectos directos del alcohol sobre el cerebro, aunque los estudios experimentales no justifican la hipótesis de que el alcohol produzca agresividad por sí mismo.

La segunda es la del aprendizaje social, ya que la influencia cultural marca que la expectativa de consumo pueda provocar agresividad, para corroborarlo se ha utilizado placebo, en lugar de etanol, produciéndose reacciones violentas. Ante la expectativa de que algo pase, finalmente puede acabar pasando.

La tercera explica que el alcohol contribuye indirectamente a incrementar la agresividad al causar una disminución de los niveles de conciencia y provocar cambios psicológicos, cognitivos y emocionales.

La cuarta, la hipótesis atencional, dice que ante una provocación y con la desinhibición provocada por el consumo de alcohol se produce una respuesta agresiva, esta será más llamativa cuando tiene lugar dentro o con un grupo de iguales. Como podemos observar todas las hipótesis tienen algo de las demás y es que la respuesta agresiva es debida a múltiples factores, siendo uno de ellos el consumo de alcohol que actuaría de disparador o incrementaría la respuesta. (Health and Addictions 2011, Vol. 11)

2.2.1 Efectos del alcohol en el sistema nervioso

- Efectos a corto plazo

Efectos de la exposición temprana al etanol

Gran parte de los efectos del etanol sobre el sistema nervioso, pueden ser explicados a partir de su interacción con dos complejos proteicos de importancia medular en la recepción y el procesamiento de señales: el receptor GABA (inhibidor) y el receptor NMDA (N-metil-D-aspartato) del glutamato (excitador).

El etanol, favorece la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato; consecuentemente a nivel cerebral, el etanol potencia los efectos inhibidores e inhibe a los excitadores: Por ello, se sitúa entre las sustancias depresoras del SNC dentro de las drogas psicoactivas, este efecto se ha relacionado con sedación, relajación y somnolencia.

Interacción Etanol-Receptor GABA

El complejo receptor GABA-ionóforo Cl- (Cloro) es una proteína constituida por cinco subunidades ensambladas formando un canal en su interior, que atraviesa la membrana neuronal.

El etanol se comporta en la mayoría de los casos como un co-factor positivo para el receptor GABA, favoreciendo el flujo de cloruro, cuya carga negativa eleva la diferencia

de potencial. A dosis fisiológicas el alcohol no actúa directamente sobre el canal, mientras que a dosis grandes (>250 mg/dl) sí lo hace, al igual que los barbitúricos. Las intoxicaciones etílica y barbitúrica son potencialmente mortales.

Interacción etanol-receptor NMDA

El NMDA es uno de los principales receptores del glutamato, el principal neurotransmisor excitador cerebral. Su activación da lugar a un aumento de la permeabilidad para varios cationes como el Na^+, el K^+ y el Ca^{2+}, que se traduce en un aumento de la excitabilidad de la célula.

Parte de los efectos de la intoxicación por alcohol que se manifiestan como una amnesia parcial o total de los eventos acontecidos durante períodos de embriaguez, pueden explicarse a partir de sus efectos inhibidores sobre los receptores para el glutamato, lo que ocurre a concentraciones mayores que 100 mg/dl. En estos casos se alude a la inhibición de los circuitos que intervienen en la consolidación de la memoria en el hipocampo, básicamente glutamatérgicos.

Aún se desconoce la forma en que el etanol ejerce su acción sobre los receptores NMDA, ya que la acción bloqueante no parece efectuarse en el sitio de fijación del glutamato ni en ninguno de los sitios moduladores hasta ahora conocidos.

Sistema dopaminérgico mesolímbico

Se ha demostrado que las conductas de autoadministración dependen críticamente de la integridad funcional de la neurotransmisión de los sistemas mesotelencefálicos, especialmente del sistema dopaminérgico mesolímbico y que este se integra dentro de los sistemas que contribuyen a la conducta de búsqueda. Este, constituye uno de los varios sistemas de señalización por dopamina presentes en el cerebro, y su funcionamiento se encuentra fuertemente relacionado con el sistema de recompensa del sistema nervioso, además de estar implicado en procesos cognitivos y funciones motoras.

Este sistema se origina en el área tegmental ventral (VTA) y se proyecta sobre el núcleo accumbens (NAcc) –situado en la base del cuerpo estriado y la corteza prefrontal, formando el haz prosencefálico medial.

Diversos estudios han demostrado, que un nivel elevado de dopamina en el núcleo accumbens resulta crucial en el aprendizaje de efectos de recompensa o refuerzo positivo en los casos de abuso de drogas.

Aunque existen varias formas por las que pueden elevarse los niveles de dopamina en esta región, resulta interesante destacar lo que acontece como consecuencia de un incremento en la liberación neuronal de esta sustancia a partir de los axones que descargan en el NAcc desde los cuerpos neuronales del VTA, cuando estos últimos se encuentran desinhibidos. Las células de esta región se encuentran bajo la influencia de diversas zonas y tipos neuronales, dentro de ellos, de neuronas gabaérgicas cuyo tono inhibidor regula las descargas.

La liberación de dopamina en el NAcc es una respuesta que comparte el consumo con otras drogas de abuso, y recientes investigaciones sugieren que esta respuesta en los circuitos dopaminérgicos es similar a las asociadas en el afianzamiento de conductas por condicionamiento operante.

Los cambios que a largo plazo se efectúan en este circuito por la exposición crónica al etanol son también críticos en el establecimiento de la adicción.

Algunas estructuras cerebrales que intervienen en el establecimiento de la conducta alcohólica

Se ha demostrado que numerosas regiones que constituyen aferencias al circuito de recompensa son también diana de drogas como el etanol y los opioides. Por ejemplo, recientemente se identificó una región pontina conformada por la cola del área tegmental ventral y los núcleos tegmentales rostromediales que ejercen una potente acción de inhibición gabaérgica sobre el VTA.

Estudios recientes han demostrado estrechas relaciones funcionales del sistema dopaminérgico mesolímbico con diversas estructuras que condicionan acciones motoras y de procesamiento cognitivo.

Por ejemplo, se cree que áreas como la neocorteza intervienen en aspectos de la adicción que reflejan un procesamiento complejo a nivel cognitivo, como las ansias de consumo, las memorias asociadas a la autoadministración, entre otras aunque no se han dilucidado aún las vías por las que esto ocurre.

Otras zonas como el hipocampo y la amígdala son responsables de los procesos de condicionamiento ambiental, como estímulos específicos o contextuales relacionados con el consumo, pues establecen conexiones con las estructuras dopaminégicas del estriado ventral (NAcc) para intervenir en la regulación de acciones instrumentales asociadas al consumo.

Algunas estructuras motoras juegan también un papel importante en las dependencias, entre ellas podemos encontrar:

- Porción dorsal del cuerpo estriado (núcleo caudado y putamen), asociado a la formación de hábitos.
- Vías estriatales, que a través de los circuitos pálido-talámicos, constituyen aferencias a regiones cerebrales de ejecución como la corteza frontal.
- La vía dopaminérgica nigro-estriatal que se dirige al putamen, podría participar en la sensibilización y en las sensaciones de estrés en los períodos de abstinencia, esta función corresponde principalmente a las proyecciones dopaminérgicas del área tegmental ventral.
- Las conexiones descendentes que pasan a través de la sustancia gris periacueductal probablemente medien en aspectos aversivos de la dependencias, que compiten con las eferencias del estriado ventral y dorsal hacia el tronco encefálico.

- Las neuronas colinérgicas del prosencéfalo basal (núcleo basal de Meynert) juegan un papel importante en la activación cortical. Su estimulación por eferencias del núcleo accumbens probablemente sea parcialmente responsable del desencadenamiento de las conductas de búsqueda.
- El núcleo tegmental pedúnculo-pontino (con neuronas en su mayor parte colinérgicas, pero también glutamatérgicas) parece actuar como una interface entre los ganglios basales y las eferencias motivacionales incentivadas del sistema accumbens-pálido. Su integridad parece necesaria para la adquisición de una conducta reforzada, pero no para su mantenimiento. Las aferencias que el núcleo tegmental pedúnculo-pontino recibe de los ganglios basales y del sistema accumbens-pálido son fundamentalmente inhibidoras, mediadas por GABA.

  Finalmente, el *locus coeruleus*, núcleo del tronco importante en la activación simpática juega un papel relevante en los síndromes de abstinencia.

    - Efectos a largo plazo

  Si bien no se ha podido encontrar una justificación biológica precisa a todos los efectos del alcohol a largo plazo, sí ha sido posible correlacionar cambios puntuales en las morfofisiología cerebral con muchos hallazgos clínicos en el alcohólico crónico, y se abren nuevas puertas para el entendimiento futuro de la manera en que esta y otros tipos de drogadicción interfieren en mecanismos cerebrales tan complejos como la ritmicidad circadiana del sueño y la vigilia, el control de la temperatura corporal, la secreción hormonal, entre otros.

  Los fenómenos de tolerancia y abstinencia aparecen en el organismo como respuestas adaptativas a la exposición repetida a determinadas sustancias independientemente a su carácter adictivo.

  Tolerancia y abstinencia alcohólica. Mecanismos histoquímicos que las propician.

  Tolerancia alcohólica

  La administración repetida de etanol produce una disminución en la intensidad de sus efectos (tolerancia), por tanto se constata una pérdida en la intensidad del efecto, que puede alcanzarse nuevamente mediante un aumento de la dosis. Diversos mecanismos contribuyen a este proceso.

  Un tipo de tolerancia se instaura paulatinamente a medida que altas dosis de etanol estimulan la actividad del sistema enzimático oxidativo microsomal encargado de la propia metabolización del etanol, por lo que la razón alcoholemia/alcohol ingerido disminuye. Este tipo de tolerancia se conoce como tolerancia farmacocinética.

  Tolerancia conductual

Se ha demostrado que cuando una tarea se realiza repetidamente bajo los efectos del alcohol se reducen sus efectos. Este constituye un caso particular del fenómeno conocido como aprendizaje dependiente del estado.

La tolerancia tiene su base en adaptaciones celulares a la exposición crónica de etanol, que se traducen en una menor respuesta a sus efectos. Dentro de estas manifestaciones se encuentran cambios en el número de receptores, en la cantidad y actividad de segundos mensajeros, así como en la funcionalidad y cantidad de canales. Este conjunto heterogéneo de adaptaciones se establecen en interacción mutua y se agrupan dentro de la llamada tolerancia funcional o celular.

(Leon Regal, Neurobiological Basis of Alcohol Addiction, Vol 4 Num.1, 2014)

2.2.2 Niveles de alcoholemia y relación clínica

Tasa en sangre	**Efectos fisiológicos**	**Clínica en bebedor crónico**
0,5 g/l	Euforia, disminución de reflejos.	Poco efecto
1 g/l	Confusión, desinhibición emocional, dificultad para hablar y coordinar movimientos	
1,5 g/l	Embriaguez, nistagmus horizontal, ataxia, pérdida de control de facultades superiores, hipotensión y taquicardia moderadas.	Euforia, incoordinación motora
2 g/l	Descoordinación del habla y de la marcha severas, visión doble, nausea, vómito.	
3 g/l	Estado de apatía, somnolencia.	Cambios comportamentales, agresividad.
4 g/l	Depresión neurológica severa, coma, hipotermia, pulso filiforme.	Somnolencia, estupor y coma.
5 g/l	Muerte	

Tabla 1: Niveles de alcoholemia y relación clínica

Fuente: Espirella, 2012, Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol.

2.3 Definiciones

Familia: grupo de personas formado por individuos unidos, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja. El Diccionario de la Lengua Española la define, entre otras cosas, como un grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas, lo que lleva implícito los conceptos de parentesco y convivencia, aunque existan otros modos, como la adopción. Según la Declaracion de los derechos humanos, es el elemento natural, universal y fundamental de la sociedad, tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. (RAE 2017)

Violencia intrafamiliar: "toda acción u omisión protagonizada por uno o varios miembros de la familia, a otros parientes infringiendo daño físico, psicoemocional, sexual, económico o social"; por lo tanto es el resultado de la convergencia de un conjunto de procesos complejos como la historia personal de cada participante, el medio ambiente propiciatorio de las tensiones y de los conflictos y los valores culturales que incentivan las resoluciones violentas de los mismos, es por lo tanto un producto de interacciones donde confluyen factores individuales tanto del agresor como del receptor y del contexto social, son circunstancias que propician la aparición del maltrato físico, psicológico, sexual dentro del sistema familiar, actúan como limitantes para la organización y el establecimiento de relaciones adecuadas que permitan el abordaje oportuno de la desavenencia. (Gutierrez M. Et al. Conflicto Violencia Intrafamiliar. Universidad Externado de Colombia. Bogotá. 2003)

Víctima: Persona o animal que sufre un daño o un perjuicio a causa de determinada acción o suceso. (DSH program, Violencia intrafamiliar 2010)

Agresor: Que comete agresión o provoca un ataque o acto violento. (DSH program, Violencia intrafamiliar 2010)

Alcohol: Líquido incoloro de olor fuerte que arde fácilmente. Se obtiene de la destilación de productos de fermentación de sustancias azucaradas o feculentas, como las uvas, la remolacha o la patata. Se encuentra en muchas bebidas, como el vino o la cerveza, y se utiliza mucho en la industria. (RAE, 2017)

2.4 Tipos de familia

La familia es concebida como un sistema en interacción que evoluciona constantemente, se va adaptando a las necesidades del contexto y de sus integrantes, así se convierte la familia en un sistema netamente dinámico desde la estructura hasta su organización.

Familia nuclear tradicional: compuesta por padre, madre e hijos; se considera este tipo de familia como la unidad mínima. Puede ser completa o incompleta (cuando se presenta separaciones, divorcio, fallecimiento de un cónyuge).

Familia extensa: compuesta por tres generaciones que comparten vivienda y economía, frecuentemente alberga alguno de sus miembros y su grupo familiar secundario en momento de crisis, puede ser por línea materna o paterna.

Familia monoparental: es una forma de organización familiar que se deriva de la ruptura de un vínculo inicial, puede ser díada materna (madre con hijos) o díada paterna (padre con hijos).

Familia superpuesta o recompuesta: conformada por parejas que han tenido uniones previas, concluidas en rupturas. A esta familia cada cónyuge puede aportar los hijos de uniones anteriores y los actuales, es decir se conforma un grupo familiar con hijos tuyos, los míos y los nuestros.

Familia pareja sin hijos: díadas conyugales, las cuales no pueden concebir por razones fisiológicas, no han adoptado o el tener un hijo no se encuentra dentro de sus planes inmediatos.

Unipersonal: es un hogar o una unidad social de consumo. Son personas que viven solos, ya sea solteros, viudos, separados pero que viven solos.

Familia nuclear con amantazgo: (noviazgo o convivencia-conducta infiel) familia que se establece cuando uno de los cónyuges, además de tener su hogar conformado mantiene una relación permanente con otra persona. (Villa de Yarse LM. Cambios y Tendencias de la Familia en Colombia -Desafíos para Trabajo Social en la Nueva Década. Ponencia en el VII Congreso de Trabajo Social. Cali-1991.)

2.5 Tipos de violencia intrafamiliar

Abuso verbal: es la utilización del lenguaje hablado para humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al otro miembro de la pareja. (RAE 2017).

No se le ha prestado mucha atención, ni en el ámbito clínico ni en los estudios de investigación, esto puede deberse a cuestiones culturales. También se le ha dejado de lado por la necesidad de dar respuestas inmediatas a acciones de maltrato por violencia física o sexual.

- El abuso verbal es una forma distintiva de abuso emocional, es el núcleo de la conducta emocionalmente abusiva.
- Es una comunicación ofensiva que perjudica el bienestar emocional y psicológico de las personas.
- Es una de las formas de maltrato más desconocidas en todos los grupos y contextos en que éstas se producen.
- La agresión verbal crónica es la segunda forma de maltrato hacia las personas mayores.

- El abuso verbal es el tipo de violencia más frecuente contra el personal sanitario, principalmente en los servicios de psiquiatría, de urgencias y unidades de alta dependencia. (Orte Carmen, 2006, El abuso verbal)

Abuso emocional o psicológico: subvaloración o descalificación del otro, el autoritarismo, la imposición de ideas o deseos. La violencia psicológica se detecta con mayor dificultad, porque a diferencia de la violencia física, no deja huellas visibles y el agredido tiene que luchar contra la palabra del agresor que suele tachar a la víctima de exagerada o loca, por lo que consideramos que las estadísticas presentan un sub registro sobre este tipo de violencia. (Reglamento de Violencia de Pareja COLOMBIA Ley 294 modificada por ley 575 de 2000 expedida por el Congreso de la República.)

Es más difícil de definir y detectar que otras formas de abuso por varias razones. Una de ellas es que los trastornos en la conducta y el funcionamiento mental, producto de las situaciones maltratantes, no son específicas, pudiéndose dar en cualquier tipo de trastorno psíquico, es decir, pueden tener otra etiología. (Muñoz. A, 2007, Maltrato Psicológico)

La dificultad para identificarlo y definirlo, hace dudar de la precisión de los datos que informan sobre su ocurrencia, sin embargo, es frecuente que se afirme en la literatura que es un problema que sigue en aumento.

Es considerado "la forma más esquiva y dañina de maltrato", representando el papel central y el factor más destructivo de cualquier forma de maltrato" (Gomez. M, 2006, Maltrato psicológico)

Puede darse en una multitud de formas, como por ejemplo: atemorizar, aterrorizar, amenazar, explotar, rechazar, aislar, ignorar, insultar, humillar o ridiculizar a una persona.

Este tipo de maltrato se clasifica en activo, cuando predomina la violencia del agresor sobre la víctima, expresada en forma verbal con amenazas, críticas, culpabilización o mediante castigos, aislamiento, etc. Y la forma pasiva, cuando hay ausencia permanente a señales de interacción afectiva, indiferencia y asilamiento. (Gomez. M, 2006, Maltrato psicológico)

Aislamiento: se define como la soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Es una acción ejercida para controlar cada aspecto de la vida del otro miembro de la pareja y mantenerlo aislado.

El agresor controla su tiempo, sus actividades, y su contacto con otras personas.

El agresor no le permite trabajar a la víctima, tampoco recibir llamadas telefónicas o ver amigos o familiares y debe estar fuera o desconectada del mundo exterior.

Abuso económico: la agresión se ejerce cuando se controla el acceso de la pareja al uso del dinero, el manejo y gasto del mismo.

Formas de abuso financiero o económico:

- Uso de recursos en beneficio del agresor
- Chantaje financiero
- Apropiación de propiedades
- Coerción para firma de documentos legales

En la pareja violenta el abuso económico existe desde la constitución de la misma, y en parejas en las que no existe violencia física, el abuso económico, puede aparecer a partir de la ruptura o separación.

Existen dos tipos de violencia económica: la violencia cotidiana que es cuando el abusador monopoliza el poder económico, aunque no sea el único que contribuye a la economía y la violencia delictiva que incluye hurto, fraude e incumplimiento de deberes de asistencia familiar. (Bruno, 2015, Violencia Económica)

Abuso sexual: Es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo.

También puede haber violencia sexual si la persona no está en condiciones de dar su consentimiento, por ejemplo cuando está ebria, bajo los efectos de un estupefaciente, dormida o mentalmente incapacitada. (OMS, 2017)

Desde el punto de vista médico-social se refiere a todas las conductas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de una persona, este concepto incluye:

- Violación en el matrimonio o en citas amorosas
- Violación por desconocidos o conocidos
- Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.)
- Violación sistemática, esclavitud sexual y otras formas de violencia particularmente comunes en situaciones de conflicto armado (por ejemplo fecundación forzada)
- Abuso sexual de personas física o mentalmente discapacitadas
- Violación y abuso sexual de niños

(OMS, 2013, Comprender y abordar la violencia contra las mujeres)

El Estudio multipaís de la OMS definió la violencia sexual como actos en los cuales una mujer:

- Fue forzada físicamente a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad;
- Tuvo relaciones sexuales contra su voluntad por temor a lo que pudiera hacer su pareja
- Fue obligada a realizar un acto sexual que consideraba degradante o humillante.

(Garcia-Moreno C, 2015, Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia)

Abuso físico: Se refiere a las conductas que atentan contra la integridad física del otro miembro de la pareja.

Son actos de violencia que pueden producir dolor, daño, deterioro o enfermedad. Algunos ejemplos de abuso físico: empujones, golpes, bofetadas o pellizcos, forzar la alimentación, forzar u obligar a mantener una posición incorrecta o incomoda, y la coacción o abuso sexual.

La mayoría de las víctimas de agresiones físicas se ven sometidas a múltiples actos de violencia durante largos periodos y suelen sufrir más de un tipo de maltrato. (Ellsberg MC, 2000, Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua)

Es la forma más evidente y llamativa de maltrato. Es también una emergencia médico-social con elevado impacto psicológico.

Consecuencias de violencia física: Lesiones abdominales y torácicas, equimosis, síndromes de dolor crónico, discapacidad, fibromialgia, fracturas, desgarros y abrasiones e incluso la muerte.

Maltrato infantil: El maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. (Who, 2015)

Síntomas del maltrato infantil:

- Cambio repentino en el comportamiento o rendimiento en la escuela.
- Estado de alerta, en espera de que algo malo suceda.
- Mal comportamiento.
- Salir de casa temprano, llegar a casa tarde y no querer ir a casa.

- Temor cuando se le acerca un adulto.

Consecuencias del maltrato

El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como:

- actos de violencia (como víctimas o perpetradores);
- depresión;
- consumo de tabaco;
- obesidad;
- comportamientos sexuales de alto riesgo;
- embarazos no deseados;
- consumo indebido de alcohol y drogas.

(Cerezo, María A. (1995), El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar Nº 71)

El personal de salud debe estar atento de los indicadores físicos de maltrato infantil por lo que el examen físico debe ser inmediato, exhaustivo y completo y el pediatra debe estar atento a quién trae al paciente e intenta focalizar la atención en alguna lesión en particular que es mostrada como el motivo de la consulta. La inexistencia de marcas no descarta el maltrato.

Violencia contra los adultos mayores: cuando el maltrato afecta a las personas de la tercera edad.

El maltrato a las personas mayores es un acto que causa daño o sufrimiento a una persona de la tercera edad. Este tipo de violencia constituye una violación de los derechos humanos e incluye el maltrato físico, sexual, psicológico o emocional; la violencia por razones económicas; el abandono; la negligencia; y el menoscabo grave de dignidad y la falta de respeto. (Lorena Valdebenito, La violencia le hace mal a la familia, 2009)

En los establecimientos institucionales, es más probable que se produzca maltrato si:

- Los niveles de la atención sanitaria, los servicios sociales y los centros asistenciales para las personas mayores no son adecuados;
- El personal está mal formado y remunerado, y soporta una carga de trabajo excesiva;
- El entorno físico es deficiente;
- Las normas favorecen más los intereses del centro institucional que los de los residentes.

(OMS, 2017)

Lastimosamente a medida que las personas envejecen, pueden desarrollar problemas de salud que provocan una disminución de su fuerza, visión, audición y de su capacidad para razonar. Estos cambios pueden hacerlos vulnerables, por esta razón es posible que dependan de otros para su cuidado o que sean incapaces de distinguir cuando otra persona está aprovechándose de ellos.

2.6 Alcohol y Sociedad

El alcohol ha estado presente en la sociedad por varios años. El consumo de alcohol varía de unas culturas a otras, pero en general se puede observar que su consumo depende algunas características, entre ellas destaca la edad, el género del individuo y la estructura social. El alcohol tiene gran influencia en la sociabilización de algunos individuos.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el alcohol es considerado como una droga, pues cumple con los criterios que definen a una sustancia como tal: genera adicción, provoca tolerancia y su ausencia provoca el síndrome de abstinencia.

A diferencia de la cafeína y el hábito tabaquico, el alcohol afecta la personalidad de la persona que lo consume en exceso y también afecta de forma importante su conciencia.

El consumo excesivo de alcohol es una de las causas más frecuentes de transgresiones sociales como violaciones y riñas, práctica de sexo sin medios de protección, abandono familiar y laboral.
Se vincula mundialmente con el 50 % de las muertes ocurridas en accidentes de tránsito y el 30 % de los homicidios y arrestos policiales. Reduce de 10 a 15 años la expectativa de vida y determina el 30 % de las admisiones psiquiátricas y el 8 % de los ingresos por psicosis. También se ha responsabilizado con casi la mitad de los condenados por faltas y delitos tan graves como asesinatos. En este medio se relaciona con la tercera parte de los hechos delictivos y violentos y entre el 20 y el 25 % de las muertes por accidentes. (González Menéndez R., 1995, Cómo librarse de los hábitos tóxicos)

Datos en cuanto a la relación entre alcoholismo femenino y masculino varían, pero parece que la proporción en trastornos por dependencia del alcohol se sitúa en 4:1 en regiones latinoamericanas, mientras en otros lugares como en Estados Unidos la relación se sitúa en 1:1,5. (Díaz, 2003, La influencia del Alcohol en la Sociedad) Se considera que esta tendencia se maneja de esta manera por la cultura machista que prevalece en países de centro y sur América donde es peor vista la mujer consumidora que el hombre.

La adolescencia es una etapa compleja en el desarrollo, en la que se pueden favorecer las conductas de consumo de alcohol, y esto se puede dar por varias razones: sentimiento de independencia, virilidad, libertad de desición, presencia de mitos o la imitación a los adultos.

Casi el cincuenta porciento de la población española se inicia en el mundo del alcohol desde los 16 años, esto se da por algunas razones, pero la principal es la de integrarse en un grupo donde los demás miembros también consumen alcohol y socializar. Se puede decir que el alcohol es una forma de socialización, sobre todo en la época de la adolescencia. (Díaz, 2003, La influencia del Alcohol en la Sociedad).

En nuestro país y principalmente en las zonas rurales de la provincia de Cotopaxi el consumo de alcohol inicia desde los 11 años (DEVIF 2017, Pujilí), la población en Pujilí manifiesta que esto sucede en las fiestas cuando el pueblo se reune para celebrar.

Aparte de la cultura existen otros factores modificantes en el consumo de bebidas alcohólicas, entre ellos destacan las condiciones ambientales. Los acontecimientos sociales son las que más favorecen el consumo excesivo de alcohol. En los últimos años el consumo de alcohol juvenil se realiza sobre todo en bares, discotecas, en la calle y en otros lugares de posible encuentro y diversión. (Díaz, 2003, La influencia del Alcohol en la Sociedad).

La extensión y gravedad de los problemas ocasionados por el alcohol son directamente proporcionales a la cantidad de alcohol consumida por la población. La cultura que consume colectivamente una droga tiende a enaltecer sus valores positivos, por ejemplo los beneficios cardiovasculares y a olvidarse de los efectos negativos, por ejemplo que es la primera causa de daño hepático.

El abuso de bebidas alcoholicas es menor en las culturas con tradiciones religiosas, con normas de consumo estrictamente prescritas, este es el caso de los judíos y algunas religiones protestantes.

El peligro del alcoholismo está presente por igual en todas las personas, aunque el conocimiento de este tóxico puede contribuir a evitar que se caiga en sus redes.

Con todos estos conceptos se puede decir que el alcohol esta integrado a nivel social y cultural y se consume en casi todas las ceremonias y reuniones de la mayoría de grupos étnicos, estratos sociales y grupos de edad.

Esta funcionalidad establece patrones de tolerancia y aceptación, pero el mismo varia en algunos sectores étnicos identificados como protestantes o también en ciertos estratos sociales (clase alta), donde el estado de embriaguez es percibido como muy negativo. (Díaz, 2003, La influencia del Alcohol en la Sociedad).

2.6.1 Alcohol y pobreza en indígenas

Los pueblos indígenas de Brasil, siguen viviendo en situación de gran vulnerabilidad social y enfrentan serios problemas como el desempleo, ineficiencias en el sistema de educación indígena, la desnutrición, la mortalidad infantil, la violencia, la persecución y criminalización de líderes indígenas, el aumento de las enfermedades infecciosas y endémicas, la diseminación de bebidas alcohólicas y otras drogas en las comunidades indígenas, la invasión en los territorios tradicionales, la degradación del medio ambiente

por parte de madereros, mineros y ganaderos y la falta de respeto a sus organizaciones y tradiciones culturales

La proporción del consumo de bebidas alcohólicas por indígenas es mucho mayor a la encontrada en poblaciones no indígenas. En un estudio realizado con los Terena de Mato Grosso do Sul (población indígena brasil), los autores encontraron una prevalencia del 10,1% de alcoholismo. Sin embargo, cuando fue considerada la edad por encima de los 15 años, la proporción de alcohólicos se elevó a un 17,6% en la población de la aldea y hasta un 19,7% en la población de indígenas viviendo en la periferia de la ciudad. (Souza J. A. e Aguiar (2001)

Diversos estudios indican que son las situaciones de tensión social, las amenazas y la vulnerabilidad, factores que aumentan considerablemente el consumo de alcohol, ocasionando fragilidad del sistema social de los grupos afectados y la aparición de nuevas enfermedades, entre estas: la prevalencia de los trastornos mentales, el alcoholismo, el suicidio y la violencia. (Coimbra Jr. & Escobar, 2003; Souza, J. A & Aguiar, 2001)

2.7 Factores causantes y desencadenantes que tienen impacto en el desarrollo de la conducta violenta

- La violencia se provoca por una mezcla de características del agresor, de la víctima y de estereotipos sociales y sexuales (sumisión de la mujer, machismo, legitimación social de la violencia, características culturales, etc.).
- Expresiones de ira inapropiadas y descontroladas, acompañadas de actitudes desfavorables, que deterioran la relación con los demás.
- No canalizan adecuadamente los problemas y esto se agrava con la presencia de alteraciones de la personalidad.
- La descarga de ira la realizan sobre las personas más vulnerables de la familia (niños, mujeres y adultos mayores).
- El agresor consigue sus objetivos a través del control y la sumisión.
- El agresor generalmente niega sus conductas de maltrato, busca excusas, y hace atribuciones externas, considera sus actitudes normales y minimiza las consecuencias negativas también se escudan reclamando privacidad para su ámbito familiar. (Echeburúa, 1998)

2.8 Dinámica de la violencia intrafamiliar

La dinámica de la violencia intrafamiliar tiene un cliclo que pasa por tres fases. Cada fase muestra un comportamiento característico del agresor y la víctima.

Al principio de la mayoría de relaciones es difícil que exista violencia ya que cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta.

2.8.1 Primera Etapa: denominada fase de acumulación de tensiones. Es donde se producen algunos incidentes que se incrementan en intensidad y también aparece un

comportamiento hostil. Se caracteriza por agresiones verbales y por un control excesivo del otro, pueden haber golpes menores.

Comportamiento de la víctima:

- Tiene una actitud sumisa.
- Trata de controlar los factores "externos" que pueden provocar violencia.
- Se siente culpable en todas las circunstancias.
- Se aísla, se avergüenza, no pide ayuda.
- Minimiza la situación, negando importancia a lo ocurrido.

Comportamiento del agresor:

- Considera que tiene derecho y en su pensamiento lo hace para educar a la victima.
- La sumisión de la victima le da mas fuerza al dominio del agresor.
- Incrementa progresivamente su condición de controlador y abusivo.
- No es violento en todos los ámbitos, en lugares externos o reuniones se muestra como una persona cariñosa y resputuosa, mientras que en el hogar muestra su verdadera personalidad.

2.8.1.1 Segunda Etapa: denominada episodio agudo. En esta etapa las tensiones acumuladas detonan en situaciones que pueden variar desde empujones, golpes hasta homicidio o suicidio.

Comportamiento de la víctima:

1. Se aísla aún más que en la primera etapa, porque presenta lesiones visibles que no quiere que sean vistas.
2. Se atemoriza y deprime lo que disminuye sus fuerzas para reaccionar, denunciar y defenderse.
3. Algunas veces, en esta etapa reacciona y pide ayuda.
4. Algunas veces abandona al agresor y deja el hogar.
5. Por temor acepta comportamientos aberrantes.

Comportamiento del agresor:

- Se cree en derecho de maltratar.
- Es controlador en exceso.
- Es celoso y posesivo.
- Destruye objetos que son significativos para la víctima.
- No toma conciencia del daño que ocasiona.
- Pierde el control.

2.8.1.2 Tercera Etapa: denominada luna de miel. En esta fase se produce arrepentimiento por parte del agresor, luego se produce un periodo de seducción y promete que nunca más volverá a pasar. Incluso se plantean la formalización de sus relaciones en esta etapa.

Comportamiento de la víctima:

- Se siente con mejor estado de ánimo.
- Tiene esperanza de que no se repita la violencia.
- Se aferra a a creer que el agresor cambio.
- Se sigue sintiendo culpable por provocar las situaciones de violencia.
- Si ha dejado el hogar puede volver.
- Puede retirar acciones policiales y legales.
- Puede abandonar su tratamiento psicológico y de autoayuda si lo ha comenzado.

Comportamiento del agresor:

- Atento, protector, seductor, respetuoso.
- Hace regalos y promesas.
- Se disculpa y pide perdón.
- Asegura que no le volverá a maltratar y en su interior siente que es verdad.
- Busca el apoyo de otras personas a su favor.

(Vara Horna A. Mitos y verdades sobre la violencia familiar: hacia una delimitación teórica conceptual basada en evidencias. Lima: ADM; 2006.)

2.8.2 Características de las víctimas

En la historia algunos estudios clínicos presentaron perfiles similares entre el agresor y las víctimas. Se observó que ambos provenían de familias violentas, estaban aislados, tenían carencias en habilidades de comunicación y una autoestima baja. (Saunders, 1992)

Estudios recientes muestran claramente que el agresor es quien difiere de la norma. En estudios de control sobre la violencia esposo-esposa. Los hombres tenían nueve de quince factores de riesgo que incluyen abuso de alcohol y tendencia a maltratar a los hijos. Las mujeres presntaron un solo factor de riesgo que fue una mayor probabilidad de haber presenciado violencia entre sus padres. (Hotaling y Sugarman, 1986)

Se describe una serie de características psicosociales de la mujer maltratada:

- Baja autoestima.
- Aceptación de la dependencia del varón, machismo y de todas las figuras de autoridad.
- Miedo, estrés, ansiedad, depresión, problemas físicos agudos.
- Incomunicación y aislamiento efecto del continuo desamparo social.

- Sometimiento, subordinación, dependencia.
- Incertidumbre, dudas e indecisiones por bloqueo emocional.
- Asume la responsabilidad de los hechos, se culpabiliza.
- Desmotivación, ausencia de esperanza.
- Impotencia, indecisión para solucionar los problemas.
- Vivencia y transmisión de roles sexistas.
- No toma de decisiones en la vida de pareja, ni en su propia vida.
- Trastornos alimentarios y del sueño.

(Consejo de la Mujer de la Comunidad de Madrid, 1998)

2.8.3 Características de los agresores

No existe un perfil preciso del agresor, pero si algunas características comunes.

Existen dos tipologías respecto a la personalidad del agresor:

• Dominantes: muestran rasgos de personalidad antisocial y ejercen conductas violentas fuera y dentro de la familia.

• Dependientes: son violentos sólo dentro de la familia, suelen ser depresivos y celosos. (Jacobson y Gottman, 1998)

Los hombres que presenciaron maltrato en su infancia, que tienen rasgos de personalidad antisocial y que abusan de alcohol y drogas, tienen una mayor probabilidad de maltratar a su pareja que los hombres que no tienen estas características. (Echeburua, 1996)

Si se comparan los hombres violentos con los no violentos, el primer grupo posee una gran serie de déficits en cuanto a habilidades sociales. Muchos agresores tienen carencias de asertividad por ejemplo: dificultad para expresar sus puntos de vista de manera convincente o conflictos para preguntar de manera apropiada. Estudios longitudinales indican que la falta de asertividad es un indicador de riesgo para la agresión a la pareja. (Mairuro, Cahn y Vitaliano, 1986)

El hombre violento no pertenece a una determinada clase social y la mayoría proceden de familias donde existían maltrato y agresión. El hombre violento no sólo puede haber sido un niño maltratado, sino que también es el producto de un sistema social que alimenta y cultiva esa forma de ser. (Echeburua, 1996)

Los estudios indican que los hombres violentos tienen las siguientes características:

- Tienen habilidades limitadas para generar respuestas competentes en situaciones de conflicto dentro de la pareja (Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991).
- Expresan una mayor cantidad de actitudes negativas en situaciones conflictivas por ejemplo: conductas ofensivas, gritos, pérdida de control y tonos violentos de voz (Gottman y Jacobson, 1998).

- Proporcionan menos respuestas adecuadas socialmente en situaciones comunes que se producen fuera del hogar (Anglin y Holthworth-Munroe, 1997).

2.9 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

El Informe de Desarrollo Mundial de 1995 realizado por las Naciones Unidas muestra que a escala mundial la violencia es una causa significativa de incapacidad y muerte en mujeres y niños agredidos. (Informe de Desarrollo Mundial ONU, 1995)

La violencia familiar es un factor de riesgo en uno de cada cuatro intentos de suicidio por parte de mujeres (Stark, Flitcraft and Frazier, 1979).

El embarazo puede significar el comienzo de la violencia. En un estudio realizado en Irlanda del Norte la violencia durante el embarazos causó abortos en un 13% de las 127 mujeres entrevistadas (Casey, 1998).

Los hijos de familias donde existe maltrato habitual y se consume alcohol y drogas crecen en un entorno que impide un desarrollo sano, también sufren un trauma emocional por lo que desarrollan problemas de conducta y tienen muchas más probabilidades de convertirse en la siguiente generación de abusadores y víctimas (Rosenberg, 1987).

Los niños que sufren agresión y maltrato presentan una serie de problemas físicos que van desde pequeñas heridas a discapacidades y graves lesiones, y en casos extremos puede darse la muerte de la criatura. Las heridas típicas son hematomas, lesiones y quemaduras en el cuerpo y fracturas.

Los niños maltratados también pueden tener funciones cognitivas e intelectuales reducidas, déficits en el habla, memoria, percepción y motricidad, también muestran interacciones sociales pobres, dificultades para hacer amigos y déficits en conductas pro sociales. (Hartigan, P.1997)

2.9.1 Consecuencias físicas

- La violencia contra los miembros de la sociedad, aumenta su riesgo de mala salud. Un número cada vez mayor de estudios que exploran la violencia y la salud informan sistemáticamente sobre los efectos negativos.
- Las consecuencias de la violencia contra la mujer pueden no ser mortales y adoptar la forma de lesiones físicas a discapacidad crónica o problemas de salud mental.
- También pueden ser mortales; ya sea por homicidio intencional, por muerte como resultado de lesiones permanentes o SIDA, o debido a suicidio, usado como último recurso para escapar a la violencia.
- Homicidio
- Lesiones graves
- Lesiones durante el embarazo
- Lesiones a los niños

- Embarazo no deseado y a temprana edad: ya sea por violación o al afectar la capacidad de la mujer de negociar el uso de métodos anticonceptivos. Los adolescentes que son maltratados o que han sido maltratados como niños, tienen menos probabilidad de desarrollar un sentido de autoestima y pertenencia que los que no han experimentado maltrato por lo que tienen mayor probabilidad de descuidarse e incurrir en comportamientos arriesgados como tener relaciones sexuales en forma temprana o sin protección.
- Vulnerabilidad a las enfermedades: se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al auto descuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos.

2.9.2 Consecuencias psicológicas

- Suicidio
- Problemas de salud mental: depresión, ansiedad, síntomas del trastorno de estrés postraumático, fatiga crónica, insomnio, trastornos de los hábitos alimentarios, uso de drogas, ataques de pánico, ira, sentimientos de confusión, humillación.

2.9.3 Impacto en la sociedad

Es de vital importancia que para establecer posibles soluciones al problema de la violencia intrafamiliar ha de ponerse gran atención a la formación de los menores que son parte integral de una familia ya que es precisamente en la niñez donde a través de los padres se transmiten todos aquellos valores que servirán al individuo en su futuro para una debida adaptación en la sociedad, dando esto como resultado personas capaces de respetar los derechos de cualquier ser humano y por ende los derechos de las personas de su familia, ya que se considera según la sociología que para evitar problemas sociales como es la delincuencia, la drogadicción, la prostitución, etc., es necesario atacar de raíz.

2.9.3.1 Costos agregados de atención de salud

Los costos a la sociedad de la violencia son muy altos, se utilizan para tratar las lesiones físicas y problemas psicológicos que este fenómeno genera en la comunidad.

Los problemas médicos relacionados con el consumo del alcohol pueden ser crónicos o agudos. En los alcohólicos dependientes son frecuentes patologías como: miocardiopatía, delirium tremens, psicosis, hepatitis, cirrosis, pancreatitis, déficits de tiamina, neuropatía y demencia y la morbilidad y mortalidad relacionada con el alcohol en la población general está generada por este tipo de bebedores.

El consumo agudo de alcohol está estrechamente relacionado con la mortalidad por causas externas, entre las que destaca los accidentes de tráfico, estos consumidores también acuden a las salas de emergencia por la resaca post consumo y sus efectos.

2.9.3.2 Efectos sobre la productividad y el empleo

Las mujeres que experimentan violencia pueden efectuar un menor aporte a la sociedad así como a la propia realización de su potencial. El impacto económico del maltrato puede extenderse a una pérdida del potencial de la mujer de percibir remuneración. Ello puede deberse en parte a que las niñas que son víctimas de violencia tienen probabilidad de padecer de ansiedad o depresión y ser incapaces de desarrollar su capacidad plena en la escuela. Debido a su experiencia de no tener control de su propio cuerpo, el mundo puede convertirse en un lugar amenazante donde la mujer evita retos de todo tipo.

En las zonas en que el maltrato sexual de las estudiantes de parte de los profesores es prevalente, las niñas pueden no asistir a la escuela para escapar de la atención no deseada. En otros lugares, los padres que temen que sus hijas sean agredidas sexualmente pueden mantenerlas en la casa hasta que se "casen y estén en un marco de seguridad". En muchos países, una niña que queda embarazada es expulsada de la escuela, independientemente de si el embarazo fue resultado de una violación. La consecuencia, en cada caso, es una educación disminuida, una menor oportunidad de conseguir un empleo lucrativo y un aporte reducido a la calidad de vida para su comunidad. (Ramírez Pérez L, 2002)

2.10 Mitos de la violencia intrafamiliar

Existen varios mitos y prejuicios sobre la violencia familiar que son producto de ignorancia sobre el tema. Los mismos se generan principalmente en el maltrato de hombre a mujer.

Estos mitos ofrecen una especie de explicación sencilla de un fenómeno complejo y su función es reducir el miedo de las personas a convertirse en víctimas.

Algunas de las creencias falsas más comunes de la violencia familiar son:

1."Las mujeres que son maltratadas se lo merecen"

Este mito se sustenta en la idea equivocada de que sólo cierto tipo de mujeres son maltratadas, por ejemplo, las que provienen de familias desestructuradas, mujeres que beben demasiado o que tienen algún tipo de personalidad masoquista. De hecho, las investigaciones han demostrado que las mujeres maltratadas no provienen de familias sustancialmente más desestructuradas de las que no lo son ni tampoco suelen ser alcohólicas con mayor frecuencia que otras mujeres. Está comprobado que muchas mujeres empiezan a beber como una reacción a los abusos (Barnett y Fagan, 1993)

Por otro lado, se acusa a las mujeres maltratadas de no abandonar las relaciones violentas. Los motivos por los cuales las mujeres normalmente no abandonan las relaciones abusivas pueden ser desde emocionales y económicos hasta el sentimiento de terror absoluto por las consecuencias que podría conllevar abandonar al agresor. (Hotaling y Sugarman, 1990)

2."Violencia y amor no coexisten en las familias"

El hecho de que en una familia existan conductas violentas no significa que no haya afecto en los periodos en los que no hay agresión. Es probable que las esposas maltratadas tengan sentimientos de amor hacia el agresor, incluso muchos niños y niñas maltratadas quieren a sus padres a pesar de las agresiones. (Gelles y Strauss, 1997)

3."La violencia es el fruto de una enfermedad mental"

En un estudio se demostró que menos del 10% de agresiones son causadas por enfermedades mentales o trastornos psiquiátricos. (Strauss, 1980)

4."La violencia familiar sólo sucede en familias de nivel socioeconómico bajo"

Las víctimas y agresores provienen de todas las clases sociales. La violencia familiar supera barreras sociales, económicas, profesionales, religiosas y culturales. A pesar de ello, aunque existen abusos en familias de niveles socio-económicos elevados, es más probable encontrar abusos en familias de condiciones menos favorecidas, este hecho puede atribuirse a que las mujeres de nivel social tienden a acudir a instituciones públicas porque no suelen contar con otras opciones cuando necesitan ayuda, por esta razón, son detectadas más a menudo. (Violencia familiar y alcohol, Gudrun Wiborg José, Manuel Alonso, Pilar Fornes, 2010)

5."Los niños que han sido maltratados se convertirán en agresores cuando sean adultos"

Es más probable que las personas que han sufrido abusos se conviertan en agresoras, sin embargo, muchos hombres violentos con sus familias o pareja provienen de familias sin historial de violencia. (Holthworth-Munroe, 1994).

2.11 Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Judicial del Ecuador

Art. 58. - El Departamento de Violencia Intrafamiliar estará a cargo de un oficial superior de policía de línea en servicio activo debidamente capacitado en la materia, contará con las siguientes secciones:

Planificación: Capacitación; Centro de Cómputo y Comunicaciones; Relaciones Públicas; y, Asesoría Jurídica.

Art. 59. - A este departamento y sus unidades especializadas les corresponde:

1. Investigar las presuntas infracciones intrafamiliares bajo la dirección de los fiscales;

2. La realización de actividades preventivas en relación con las infracciones descritas en dicha ley; y.

3. Diseñar un sistema de registro de infractores y estadística de sentencias condenatorias en su área y remitir en forma periódica dicha información al Archivo Central.

Creación

El 6 de mayo de 1994 se crea la Oficina de Defensa de los Derechos de la Mujer y la Familia, convirtiéndose en el brazo ejecutor de la ley 103, la misma que con la creación del Reglamento de la Policía Judicial, mediante decreto ejecutivo del 5 de junio del 2003 cambia el nombre a Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Judicial.

Misión

Garantizar el respeto de los derechos e las familias, brindando atención especializada en los casos de Violencia Intrafamiliar, protegiendo la integridad física, psíquica y la libertad sexual de los miembros de la familia.

Funciones del Departamento de Violencia Intrafamiliar de la Policía Judicial

Investigar las presuntas infracciones intrafamiliares bajo la dirección de los fiscales.

La realización de actividades preventivas en relación con las infracciones descrita en dicha ley.

Diseñar un sistema de registro de infractores y estadísticas de sentencias condenatorias en su área y remitir en forma periódica dicha información al Archivo Central.

Áreas

Área Administrativa

- Elaboración de estadísticas.
- Maneja un control de Fichas de víctimas.

Área Operativa

- Cumple las órdenes emanadas por la Autoridad Competente.
- Detención inmediata de los agresores/as en delito flagrante.
- Protección Policial a las víctimas de violencia intrafamiliar.
- Cumplimiento de medidas de amparo.
- Investigación y realización de informes.

Área de Apoyo Técnico

Departamento Psicológico

- Psicoterapia Individual y grupal.
- Atención de crisis.
- Reforzamiento del autoestima a las víctimas de violencia intrafamiliar.
- Evaluaciones psicológicas.

Departamento de Trabajo Social

- Visitas domiciliarias e informes sociales.
- Intervención Sistémica a familiares.
- Tareas terapéuticas.

Área de Prevención

- Capacitaciones a la Policía Nacional, Escuelas, Colegios, Instituciones Públicas y Privadas.

En la actualidad se cuenta con 29 Unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y la Familia, en 24 cantones de 19 provincias del país, integradas por 79 juezas y jueces de primer nivel, especializados en la materia, con competencia cantonal, creadas mediante Resolución 077-2013, de 15 de julio de 2013 del Consejo de la Judicatura.

2.12 Ley contra la Violencia Intrafamiliar en el Ecuador

En forma concomitante a la creciente visibilidad y reconocimiento social que ha alcanzado la violencia contra las mujeres en el Ecuador, la legislación nacional se ha ido modificando de forma progresiva de manera que, en la actualidad, se cuenta con un marco normativo que garantiza el ejercicio a una vida libre de violencia para las mujeres.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) reconoce a todas las personas iguales derechos, deberes y oportunidades y establece que nadie podrá ser discriminado por razones de identidad de género, sexo, orientación sexual, entre otras; a la vez que dispone que toda forma de discriminación sea sancionada por la Ley (Art. 11, Num. 2). En el Título II "Derechos", en el capítulo sexto sobre los Derechos a la Libertad, se reconoce y asegura el derecho a vivir sin violencia, en tanto establece que: Se reconoce y garantiza a las personas el derecho a la integridad personal, que incluye: a. la integridad física, psíquica y moral y sexual; b. una vida libre de violencia en el ámbito público y privado.

El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia, en especial la ejercida contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, personas con discapacidad y contra toda persona en situación de desventaja o vulnerabilidad; idénticas medidas se tomarán contra la violencia, la esclavitud y la explotación sexual. c. la prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles inhumanos o degradantes (Art. 66, Num. 3). Además, en el capítulo referido a los Derechos de Protección, dispone que "la ley establecerá procedimientos especiales y expeditos para el juzgamiento y sanción de los delitos de violencia intrafamiliar, sexual, crímenes de odio y los que se cometan contra niñas, niños, adolescente, jóvenes…" (Art. 81). Esta disposición da lugar a que se eleve la categoría penal de los casos de violencia intrafamiliar a delito.

La Constitución no sólo garantiza los derechos expuestos, sino que prohíbe la publicidad que induzca a la violencia, la discriminación, el sexismo (Art. 19); determina la atención

prioritaria a las víctimas de violencia doméstica y sexual (Art. 35); asegura la atención para la mujer adulta mayor víctima de violencia (Art. 36); protección contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones (Art. 46, num.4).

La Carta Magna también prohíbe toda forma de discriminación, acoso o acto de violencia de cualquier índole, directa o indirecta que afecte a las mujeres en el trabajo; en el sistema educativo (Art. 331).

El Código Orgánico Integral Penal (COIP), aprobado en 2013 por la Asamblea Legislativa y publicado mediante Registro Oficial N° 180, del 10 de febrero del 2014, establece que la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar constituye un delito, y la define de la siguiente manera: Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar.

Se considera violencia toda acción que consista en maltrato, físico, psicológico o sexual ejecutado por un miembro de la familia en contra de la mujer o demás integrantes del núcleo familiar.

Se consideran miembros del núcleo familiar a la o al cónyuge, a la pareja en unión de hecho o unión libre, conviviente, ascendientes, descendientes, hermanas, hermanos, parientes hasta el segundo grado de afinidad y personas con las que se determine que el procesado o la procesada mantenga o haya mantenido vínculos familiares, íntimos, afectivos, conyugales, de convivencia, noviazgo o de cohabitación (Art. 155).

Este cuerpo legal tipifica con sus correspondientes sanciones a tres manifestaciones de la violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar: física, psicológica y sexual. No incluye la violencia económica o patrimonial.

Dichos delitos se definen de la siguiente manera: Violencia física contra la mujer o miembros del núcleo familiar. Persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause lesiones, será sancionada con las mismas penas previstas para el delito de lesiones aumentadas en un tercio (Art. 156).

Violencia psicológica contra la mujer o miembros del núcleo familiar. La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, cause perjuicio en la salud mental por actos de perturbación, amenaza, manipulación, chantaje, humillación, aislamiento, vigilancia, hostigamiento o control de creencias, decisiones o acciones, será sancionada de la siguiente manera: 1. Si se provoca daño leve que afecte cualquiera de las dimensiones del funcionamiento integral de la persona, en los ámbitos cognoscitivos, afectivos, somáticos, de comportamiento y de relaciones, sin que causen impedimento en el desempeño de sus actividades cotidianas, será sancionada con pena privativa de libertad de treinta a sesenta días. 2. Si se afecta de manera moderada en cualquiera de las áreas de funcionamiento personal, laboral, escolar, familiar o social que cause perjuicio en el cumplimiento de sus actividades cotidianas y que por tanto requiere de tratamiento especializado en salud mental, será sancionada con pena de seis meses a

un año. 3. Si causa daño psicológico severo que aún con la intervención especializada no se ha logrado revertir, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años (Art. 157).

Violencia sexual contra la mujer o miembros del núcleo familiar. La persona que, como manifestación de violencia contra la mujer o un miembro del núcleo familiar, se imponga a otra y la obligue a tener relaciones sexuales u otras prácticas análogas, será sancionada con las penas previstas en los delitos contra la integridad sexual y reproductiva (Art. 158).

Violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar. La persona que hiera, lesione o golpee a la mujer o miembros del núcleo familiar, causándole lesiones o incapacidad que no pase de tres días, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a treinta días (Art. 158).

En lo que respecta a la violencia sexual, la legislación ecuatoriana a través del Código Orgánico Integral Penal, define y establece sanciones para los siguientes delitos: violación, acoso sexual, abuso sexual y explotación sexual de personas.

El COIP contempla la tipificación por primera vez el femicidio en el Art. 141, reconociendo así "la muerte producida a una mujer por el hecho de serlo" el cual desde una comprensión de género que dicho crimen se comete como "resultados de relaciones de poder manifestadas en cualquier tipo de violencia"; y, establece para los responsables una pena de 22 a 26 años, y acumulación hasta 40 años de pena privativa de libertad.

Las responsabilidades del personal de salud se basan en los deberes y responsabilidades de las ecuatorianas y ecuatorianos contemplados en la Constitución del 2008. Art. 83.11-12-14:

Art. 83. 11: Asumir las funciones públicas como un servicio a la colectividad y rendir cuentas a la sociedad y a la autoridad de acuerdo con la ley.

Art. 83.12: Ejercer la profesión u oficio con sujeción a la ética.

Art. 83.14: Respetar y reconocer las diferencias étnicas, nacionales, sociales, generacionales, de género, y la orientación sexual e identidad de género.

Y en el Art. 10 Ley 103 contra la Violencia a la Mujer y la Familia

Art.10.- Los que deben denunciar:

Estarán obligados a denunciar los hechos punibles de violencia intrafamiliar, en un plazo máximo de cuarenta y ocho horas de haber llegado a su conocimiento, bajo pena de encubrimiento: Los agentes de la Policía Nacional ; El Ministerio Público y los profesionales de la salud pertenecientes a instituciones hospitalarias o casas de salud

públicas o privadas que tuvieren conocimiento de los casos de agresión Plan Nacional para la erradicación de la violencia de género e intrafamiliar.

2.13 Manejo por parte del MSP en casos de Violencia Intrafamiliar

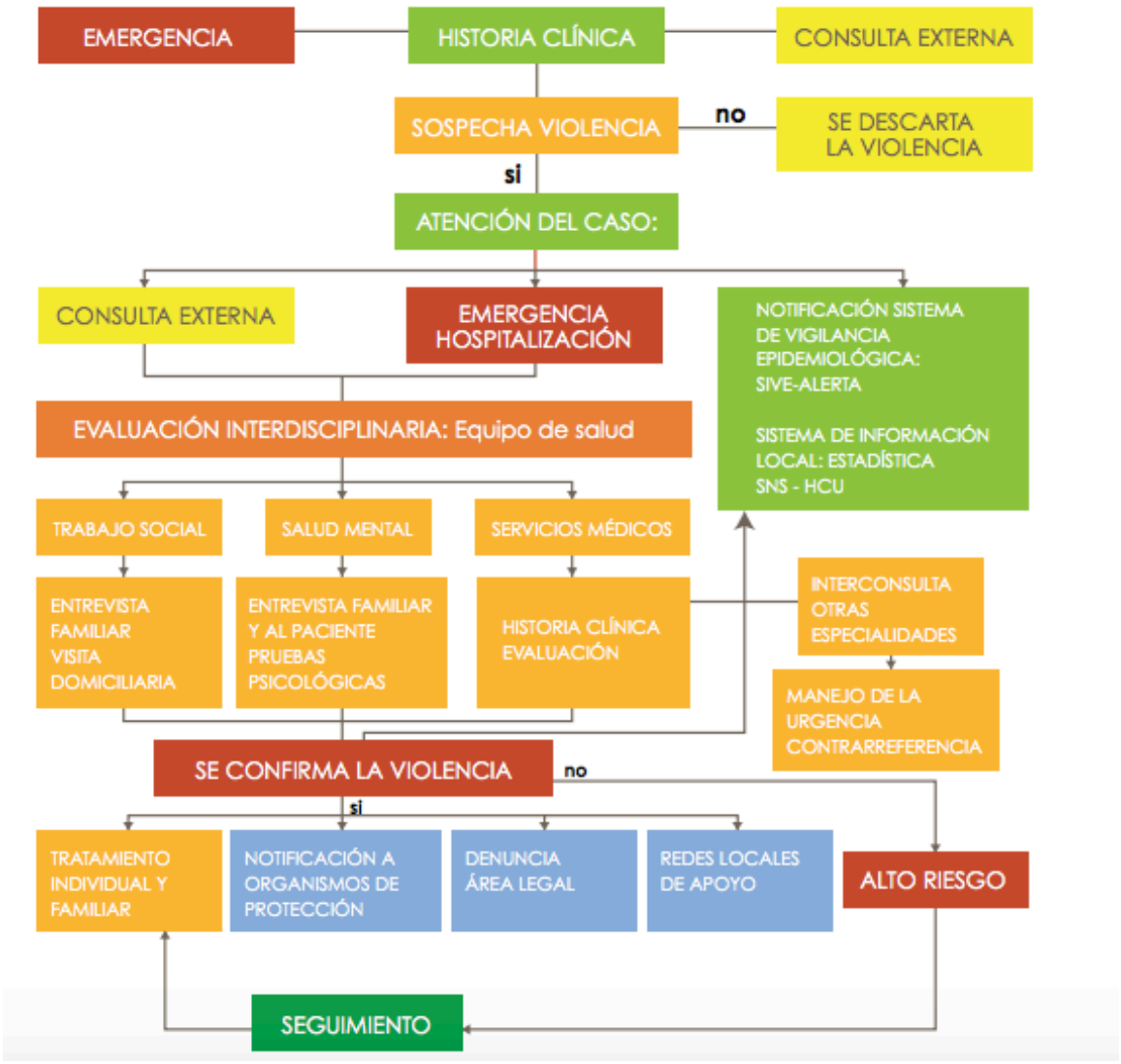


Gráfico 2: Manejo en casos de Violencia Intrafamiliar

Fuente: MSP, 2008, Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

CAPÍTULO III
MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Justificación

El maltrato dentro del entorno familiar, especialmente el infligido a mujeres y niños, se ha convertido en una auténtica epidemia que desborda los límites geográficos, económicos y sociales.

La descripción de maltrato y violencia contra la mujer o cualquier miembro del núcleo familiar, se encuentra en el Código integral Penal Ecuatoriano vigente desde el año 2014, y las formas delictuales de la misma. Es así que ante el incremento de muertes violentas atribuidas a la figura jurídica del femicidio, se ha empezado a visualizar de mejor forma la comprensión de este fenómeno; es preocupante que las características sociales que se asocian a este tipo de violencia tienden a normalizarse con el paso del tiempo.

Durante el periodo comprendido entre los años 2013 a julio 2017 de han perpetrado 338 casos de violencia intrafamiliar en el Distrito Danzante del cantón Pujilí de la Subzona Cotopaxi (Datos DEVIF); razón por la cual es importante empezar a comprender lo que envuelve las circunstancias, mas aun, sabiendo que después de ocurrir un evento de agresión al interior del núcleo familiar, el quebrantamiento social es perjudicial con efectos constantes y a largo plazo difícil de corregir.

La Violencia Intrafamiliar establece una violación de derechos humanos, y se ha convertido en un problema de salud pública, por esta razón es un gran freno al desarrollo de nuestro país.

Como mencionamos anteriormente, esta comprobado que las víctimas de violencia doméstica padecen una mayor cantidad de problemas de salud en sus vidas. Esto genera elevación en los costos de salud e impide su desarrollo pleno.

El objetivo del presente es conocer el grado de Violencia Intrafamiliar en el Ecuador principalmente en Pujilí, ya que es una ciudad donde la prevalencia de este problema va en aumento. Conocer las consecuencias que este problema trae a los ecuatorianos y los impactos que estos provocan en la sociedad; para así proponer soluciones y lograr disminuir costos sanitarios y mejorar la calidad y desarrollo de vida de estas personas.

3.2 Problema de investigación

Datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), avalados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), reportan que en uno de cada tres hogares de nuestro país existe alguna forma de violencia familiar y en gran parte de éstos (72.2%) la violencia es recurrente.

Cada año mueren cinco millones de personas en el mundo por las mismas causas, cuarenta millones de niñas y de niños en el mundo y alrededor del 30 al 50% de las mujeres en Latinoamérica, sufre alguna forma de violencia y la mayor parte de estas agresiones ocurren en el hogar. (CNNA- INNFA). Y ocho de las quince principales causas de muerte en las personas de 15 a 29 años están relacionados con algún tipo de violencia y lesiones en la región de la Américas. (OMS 1998)

Algunas mujeres en Ecuador viven actualmente en un ciclo de violencia. Una encuesta realizada por el INEC en el 2011 mostró que 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia de género. Sin embargo, menos del 2% de estas mujeres decidió denunciar su caso ante la justicia. (INEC 2011)
A pesar de las consecuencias sanitarias que este maltrato puede acarrear, muy pocas dijeron haber solicitado ayuda a servicios públicos como los de policía o salud o a personas investidas de autoridad, en lugar de lo cual prefirieron recurrir a amigas, vecinas o parientes. Las que solicitaban ayuda oficial tendían a ser maltratadas con más violencia. (Women's Health and Domestic Violence Against Women)

El primer estudio sobre la violencia doméstica realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "demuestra que las mujeres están más expuestas a la violencia en el hogar que en la calle, lo que tiene graves repercusiones para la salud femenina" (Dr. LEE Jong-wook, Director General de la OMS)

La probabilidad de que una mujer padeciera mala salud o problemas físicos o mentales era dos veces superior en las mujeres maltratadas, aun cuando los episodios de violencia se remontaran a varios años atrás. (Women's Health and Domestic Violence Against Women)

El impacto de la violencia familiar en la salud física y mental de quienes la viven es enorme y puede tener consecuencias graves y a veces irreversibles, dependiendo de la severidad del daño producido y de su duración. Las consecuencias ocurren en diversas áreas: física, psicológica, conductual y social.

Por esta razón es necesario formar al personal de salud para que se pueda reconocer a las víctimas de violencia doméstica, por medio de la historia clínica y examen físico para así disminuir la incidencia de este problema tan grande de salud.

3.3 Objetivos de investigación

3.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar secundaria a consumo de alcohol en pacientes que acudieron al hospital básico Rafael Ruiz en el periodo comprendido entre enero de 2015 a enero 2016.

3.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la prevalencia de violencia intrafamiliar por género
- Estimar la prevalencia de violencia intrafamiliar por grupo etario
- Estimar la prevalencia de tipo de maltrato intrafamiliar
- Estimar la prevalencia de violencia intrafamiliar con uso de arma blanca

- Generar un plan de contingencia para personas que están sometidas a maltrato intrafamiliar

3.4 Hipótesis

La mayoría de casos de violencia intrafamiliar relacionados con consumo de alcohol se dan de hombres a mujeres, principalmente por parejas sentimentales.

3.5 Metodología

3.5.1 Operacionalización de las variables

Tabla 2: Operacionalización de las variables

Variables	Definición Operacional		
	Escala	Unidad de medida o categorización	Indicador
Edad Cronológica Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cualitativa-Nominal Dicotómica	<20 años 20-40 años 41 años o más	Frecuencia Porcentaje
Sexo Conjunto de características diferenciadas que se asigna a hombres y mujeres.	Cualitativa-Nominal	1: Femenino 2: Masculino	Frecuencia Porcentaje
Nivel de Instrucción Grado más elevado de estudios realizados o en curso	Cualitativa-Nominal	1: Analfabeto 2: Primaria 3: Secundaria 3: Superior	Frecuencia Porcentaje
Relación con el agresor Nivel de consanguinidad	Cualitativa - Nominal	1: Novio 2: Esposo 3: Conviviente 4: Ex pareja 5: Otros	Frecuencia Porcentaje
Tipo de Maltrato	Cualitativa – Nominal Dicotómica	1: Físico 2: Psicológico 3: Físico y psicológico	Frecuencia Porcentaje
Primera agresión o reincidencia	Cualitativa – Nominal	1: Primera vez 2: Más de una vez	Frecuencia Porcentaje

Maltrato asociado con arma blanca Asociación del maltrato con uso de objetos cortopunzantes	Cualitativa – Nominal	1: Si 2: No	Frecuencia Porcentaje
Sexo del agresor	Cualitativa – Nominal	1: Masculino 2: Femenino	Frecuencia Porcentaje
Tipo de lesión Tipo de lesión física secundaria al maltrato	Cualitativa – Nominal	1: Hematoma 2: Fractura 3: Herida cortante o punzante	Frecuencia Porcentaje

Fuente: Elaborado por autor

3.6 Universo y muestra

UNIVERSO:

Pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Rafael Ruiz- Pujilí- Ecuador en el periodo comprendido entre enero 2015 a enero 2016.

MUESTRA:

Se realizó un muestreo estadístico siguiendo criterios de inclusión y exclusión, se llego a una muestra de 68 pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Rafael Ruiz- Pujilí- Ecuador en el periodo comprendido entre enero 2015 a enero 2016.

Tipo de muestra:

Muestra estadística

Tamaño de la muestra:

La población en estudio fueron los pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Básico Rafael Ruiz.

Para el cálculo de muestra se utilizará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{\propto}^2 Npq}{e^2(N-1) + Z_{\propto}^2 pq}$$

Donde:

N: es el número total de pacientes atendidos en el servicio de emergencia.
Zα: es una constante que depende del nivel de confianza asignado (NC 95% = 1.96).
e: es el error muestreo (5%)

p: es la probabilidad de presentar la patología (0.1)
q: es la probabilidad de no presentar la patología (0.9)

3.7 Tipo de estudio

La investigación es de tipo cuantitativo observacional, el tipo de estudio es retrospectivo longitudinal. Se asoció la prevalencia de violencia intrafamiliar con el consumo de bebidas alcohólicas.

3.8 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

Pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Básico Rafael Ruiz por violencia intrafamiliar secundaria al consumo de bebidas alcohólicas en el periodo de enero del 2015 a enero 2016.

Pacientes masculinos y femeninos de cualquier edad que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Básico Rafael Ruiz por violencia intrafamiliar secundaria al consumo de bebidas alcohólicas en el periodo de enero del 2015 a enero 2016.

Criterios de exclusión:

Pacientes que acudieron al servicio de emergencia del Hospital Básico Rafael Ruiz por violencia intrafamiliar que no tenga relación con el consumo de bebidas alcohólicas en el periodo de enero del 2015 a enero 2016.

3.9 Procedimientos de recolección de información

La recolección de datos se realizó a través del programa RDACAA del MSP del servicio de emergencia del Hospital Rafael Ruiz.

3.10 Plan de analisis de datos

El análisis descriptivo se realizó mediante tablas de frecuencias y porcentajes, tablas de contingencia y gráficos de distribución. Adicionalmente se analizó la asociación entre variables, con el programa SPSS 22.0.

3.11 Aspectos bioeticos

3.11.1 Propósitos del estudio

El trabajo realizado es un estudio no experimental por ende no se necesitó de consentimiento informado individual por cada paciente, siempre y cuando se respete su confidencialidad tanto de nombre como de diagnóstico. Se cuenta con los permisos de la

institución para recolectar los datos de los años 2015-2016. La información obtenida solo será revisada por el investigador, en la base de datos de este estudio cada paciente será un participante, y no constará su nombre ni su cédula de ciudadanía, para mantener el anonimato.

3.11.2 Procedimiento

Se acudió al servicio de estadística del Hospital Básico Rafael Ruiz para la obtención de datos, por esta razón no es necesario el contacto directo con los pacientes.

3.11.3 Obtención de consentimientos informados

El presente no es un estudio experimental, se utilizó solamente datos que se recolectaron de la base de datos RDACAA, no se usó en ningún momento nombres de los pacientes, por cuanto no se requirió consentimientos informados. No se tuvo contacto directo con los pacientes y se guardará la confidencialidad. La información sobre los resultados de este estudio será publicada en el trabajo de titulación, más NO sus datos personales.

3.12 Aspectos administrativos

3.12.1 Recursos humanos

Se requerió el trabajo de cada uno de los autores para la recolección, procesamiento y análisis de datos, así como para la elaboración del reporte final.

- Autor de la tesis
- Director de la tesis

Colaboración:

- Dr. David Alvarez Dobronsky

3.12.2 Recursos físicos

Datos de base de datos RDACAA de pacientes atendidos por violencia intrafamiliar secundaria al consumo de alcohol en el servicio de emergencia del Hospital Básico Rafael Ruiz periodo enero 2015-enero 2016.

3.12.3 Recursos económicos

RECURSO	**VALOR**
COPIAS	100
MOVILIZACION	150
TOTAL	**250**

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

4.1 Características Sociodemográficas de la población estudiada

Se obtuvo una muestra de 68 pacientes, 20,6% fueron de sexo masculino (n=14) y 79,4% de sexo femenino (n=54); de ellos el 13,2% (n=9) correspondieron al grupo etario de menores a 20 años, 54,4% (n=37) al grupo de 20 a 40 años y 32,4% (n=22) al grupo de 41 años o más.

Tabla 3: Sexo de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	14	20.6	20.6	20.6
	Femenino	54	79.4	79.4	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

Tabla 4: Grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	menor de 20 años	9	13.2	13.2	13.2
	de 20 años a 40 años	37	54.4	54.4	67.6
	de 41 años o mas	22	32.4	32.4	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

También se realizó un análisis del tipo de lesión física infringida y se obtuvo hematomas en un 57,4% (n=39), fracturas en un 22,15% (n=15), y heridas cortantes o punzantes en un 20,6% (n=14).

Tabla 5: Tipo de lesión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hematoma	39	57.4	57.4	57.4
	Fractura	15	22.1	22.1	79.4
	Heridas cortantes o punzantes	14	20.6	20.6	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

Fuente: Base de datos

La mayor cantidad de pacientes atendidos por violencia fueron del sexo femenino y correspondieron mayoritariamente al grupo etario de 20 a 40 años (n=33). En cuanto al sexo del agresor la mayoría fueron de sexo masculino 88,2% (n=60) y femenino 11,8% (n=8).

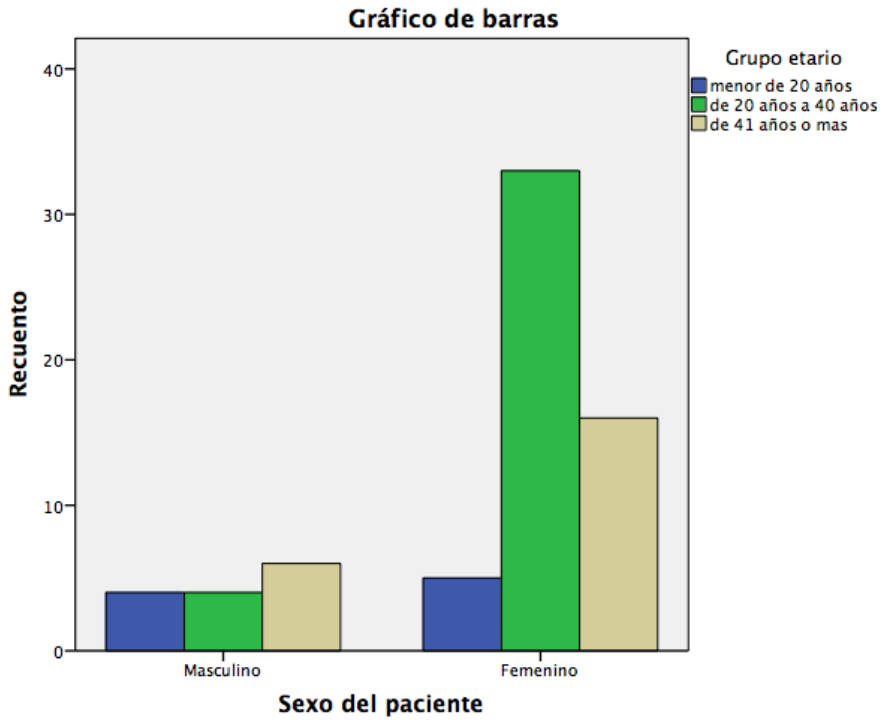
Tabla 6: Sexo del paciente * Grupo etario

Recuento

		Grupo etario			Total
		menor de 20 años	de 20 años a 40 años	de 41 años o mas	
Sexo del paciente	Masculino	4	4	6	14
	Femenino	5	33	16	54
Total		9	37	22	68

Fuente: Base de datos

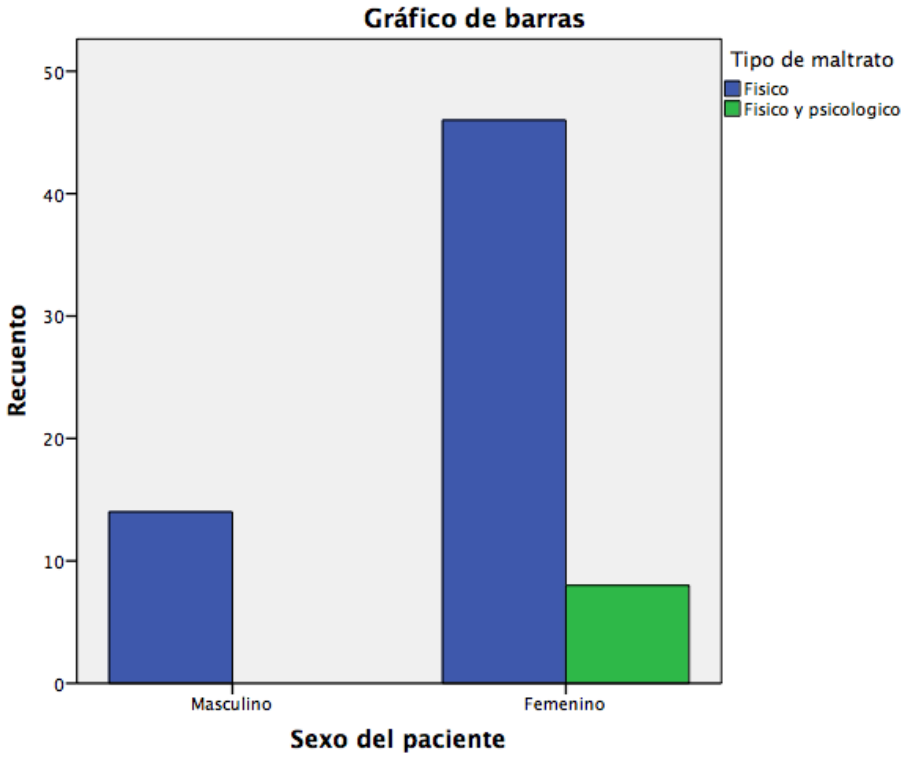
Gráfico 3: Sexo del paciente* Grupo etario



Elaborado por: Autor

En cuanto al tipo de maltrato en pacientes femeninas se observo 46 casos de maltrato físico y 8 casos de maltrato físico y psicológico, mientras que en los pacientes masculinos se observo maltrato físico en todos los 14 casos.

Gráfico 4: Sexo del paciente* Tipo de maltrato



Elaborado por: Autor

Analizando la relación con el agresor en pacientes femeninas el maltrato se dio por parte del conviviente 16 casos, esposo 15 casos, ex pareja 10 casos, novio en 6 casos y otros familiares en 7 casos. En el grupo de pacientes masculinos el agresor en todos los casos fueron otros familiares.

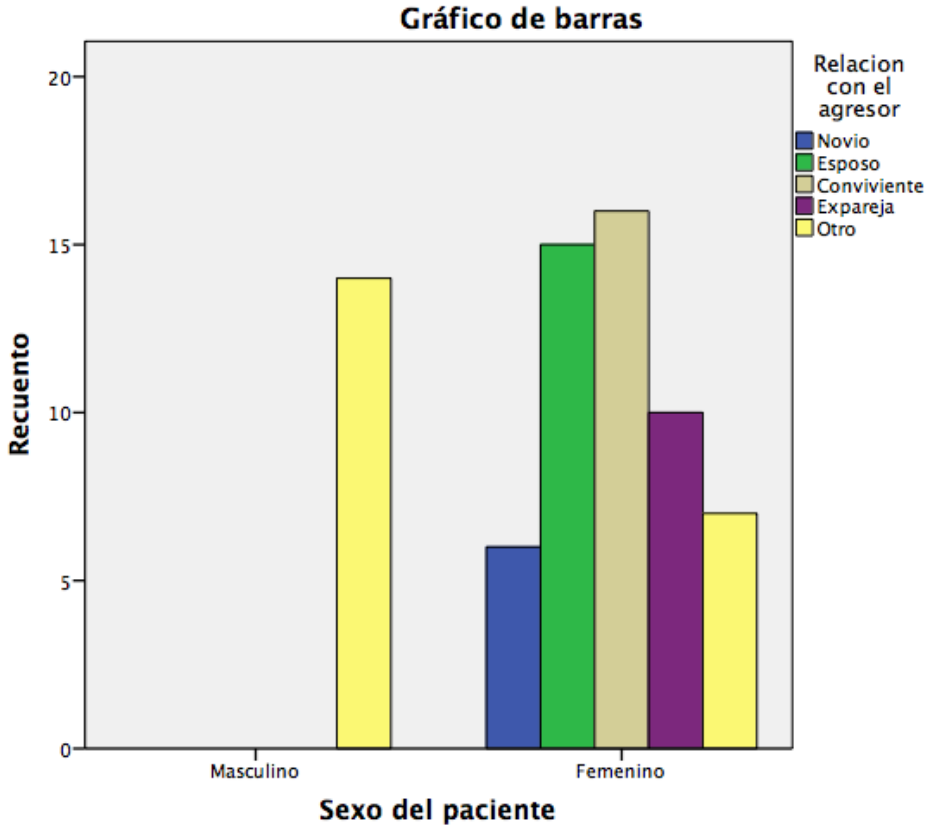
Tabla 7: Sexo del paciente * Relación con el agresor

Recuento

		Relación con el agresor					Total
		Novio	Esposo	Conviviente	Ex pareja	Otro	
Sexo del paciente	Masculino	0	0	0	0	14	14
	Femenino	6	15	16	10	7	54
Total		6	15	16	10	21	68

Fuente: Base de datos

Gráfico 5: Sexo del paciente* Relación con el agresor



Elaborado por: Autor

En los grupos etarios se encontró que en menores de 20 años el agresor en 6 casos fueron otros familiares, en el conjunto de 20 a 40 años esposo en 12 casos y conviviente en 10, y en el grupo de mayores de 41 años el grupo de otros familiares con 10 casos.

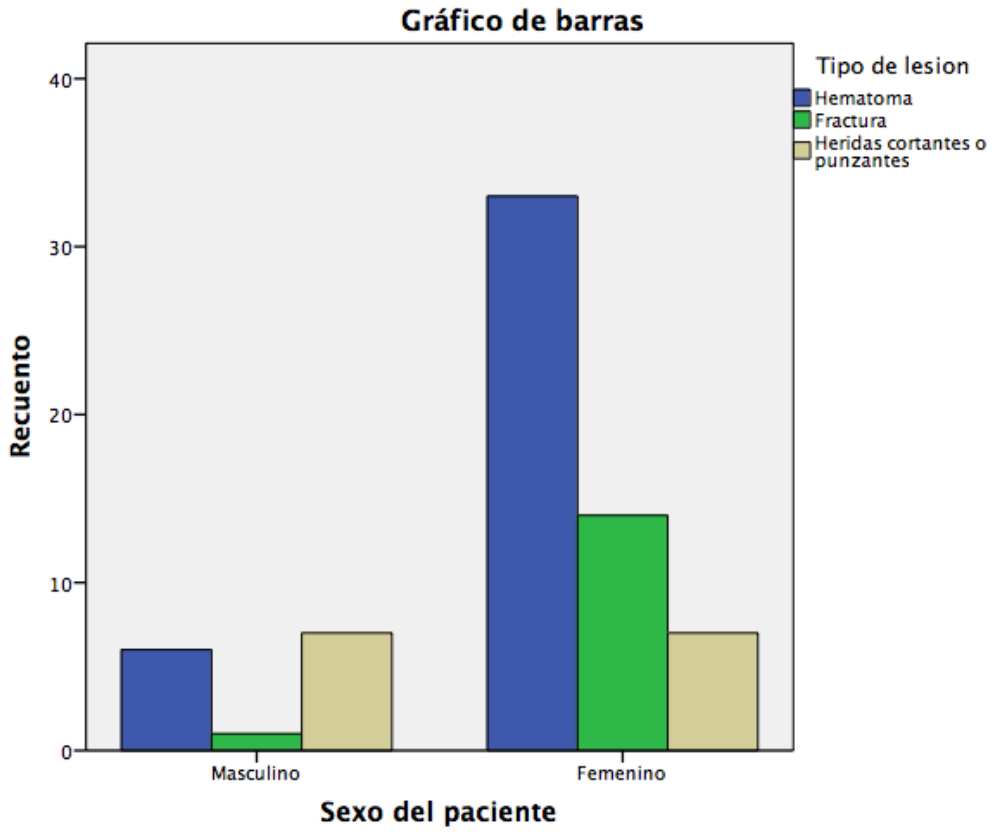
Tabla 8: Grupo etario * Relación con el agresor

		Relación con el agresor					Total
		Novio	Esposo	Conviviente	Ex pareja	Otro	
Grupo etario	menor de 20 años	2	1	0	0	6	9
	de 20 a 40 años	4	12	10	6	5	37
	de 41 años o más	0	2	6	4	10	22
Total		6	15	16	10	21	68

Fuente: Base de datos

La mayoría de lesiones físicas infringidas en mujeres fueron hematomas en 33 casos, fracturas en 14 pacientes y lesiones cortopunzantes en 7 mujeres. En hombres se observo 7 casos de lesiones cortopunzantes, hematoma en 6 pacientes y fractura en 1 caso.

Gráfico 6: Sexo del paciente* Tipo de lesión



Elaborado por: Autor

En el grupo de maltrato reincidente se observo 24 casos en pacientes femeninas y 7 en masculinos. También se encontró 17 casos asociados a uso de arma blanca y el grupo etario de mas de 41 años es en el que se encontró mas reincidencias con 18 casos

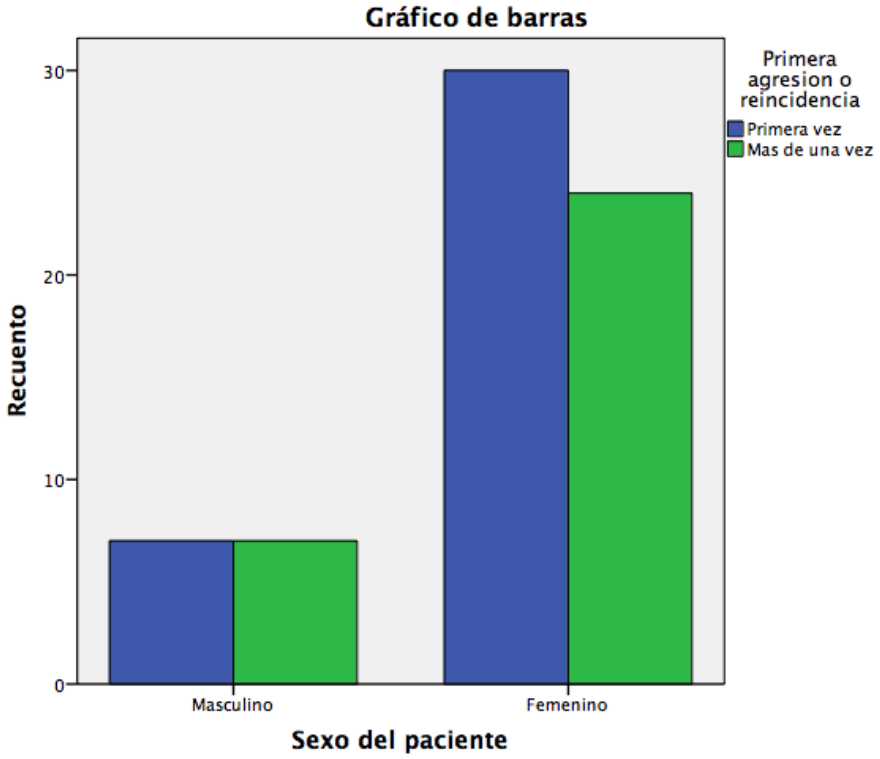
Tabla 9: Sexo del paciente * Primera agresión o reincidencia

Recuento

		Primera agresión o reincidencia		Total
		Primera vez	Mas de una vez	
Sexo del paciente	Masculino	7	7	14
	Femenino	30	24	54
Total		37	31	68

Fuente: Base de datos

Gráfico 7: Sexo del paciente*Primera agresión o reincidencia



Elaborado por: Autor

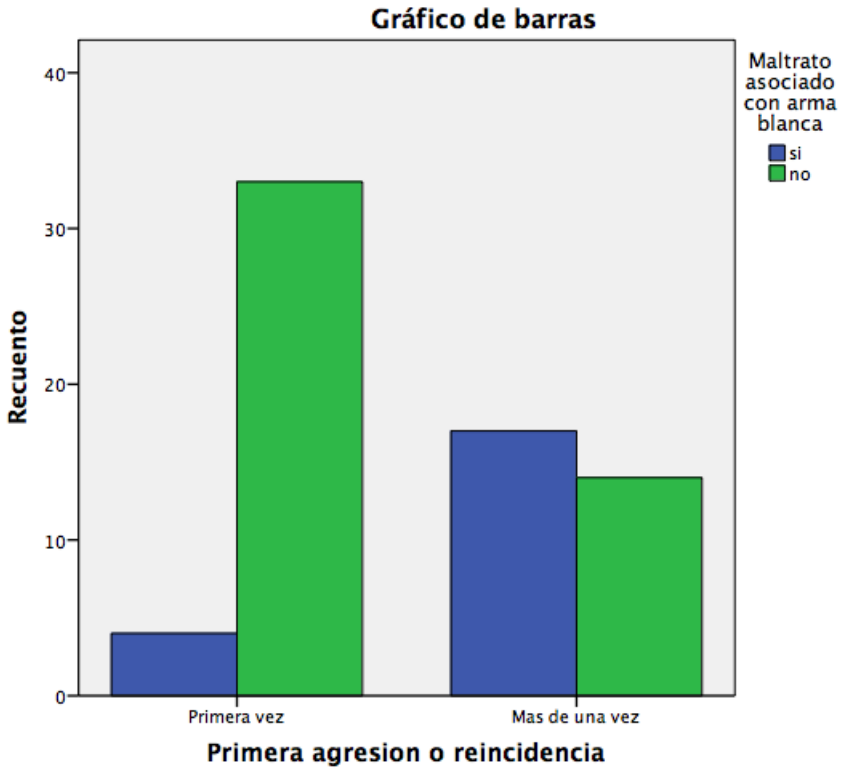
Tabla 10: Primera agresión o reincidencia * Maltrato asociado con arma blanca

Recuento

		Maltrato asociado con arma blanca		Total
		si	no	
Primera agresión o reincidencia	Primera vez	4	33	37
	Mas de una vez	17	14	31
Total		21	47	68

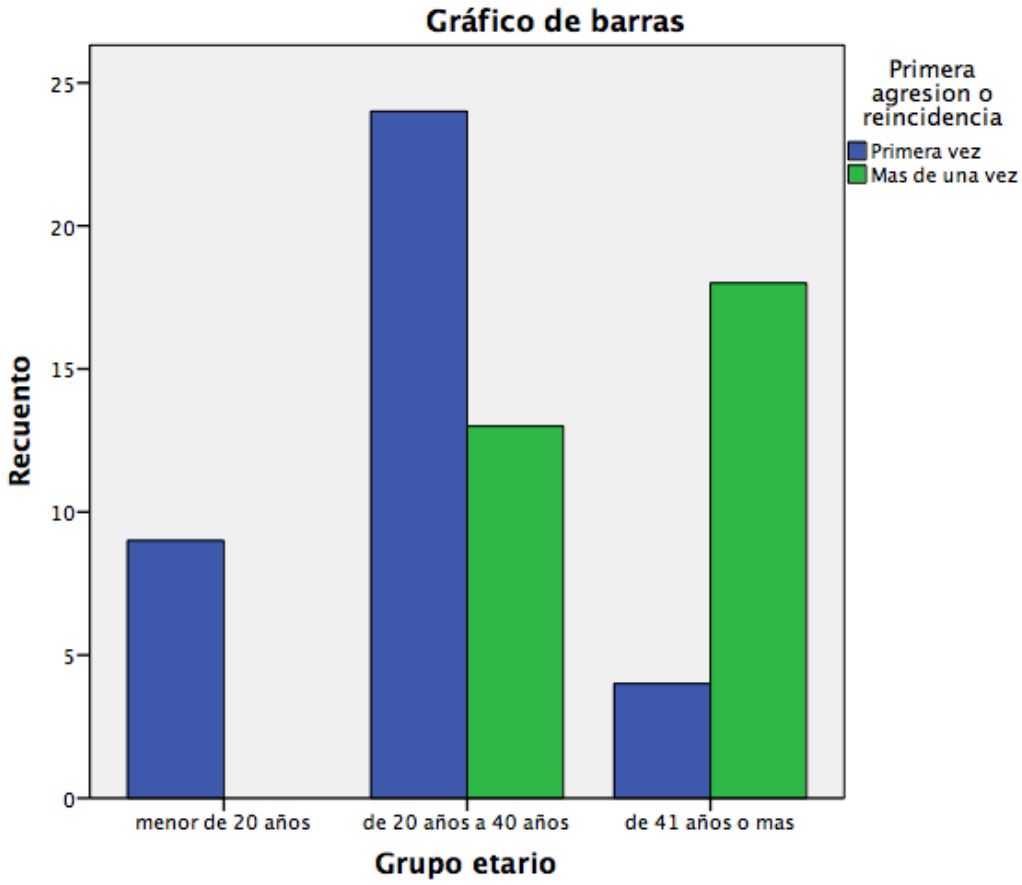
Fuente: Base de datos

Gráfico 8: Primera agresión o reincidencia* Uso de arma blanca



Elaborado por: Autor

Gráfico 9: Grupo etario* Primera agresión o reincidencia



Elaborado por: Autor

En cuanto a la parte laboral se encontró que de los 14 pacientes masculinos 8 tenían trabajo, mientras que 6 no poseían. Y en el grupo de pacientes femeninas 35 pacientes no tenían trabajo mientras que 19 si poseían.

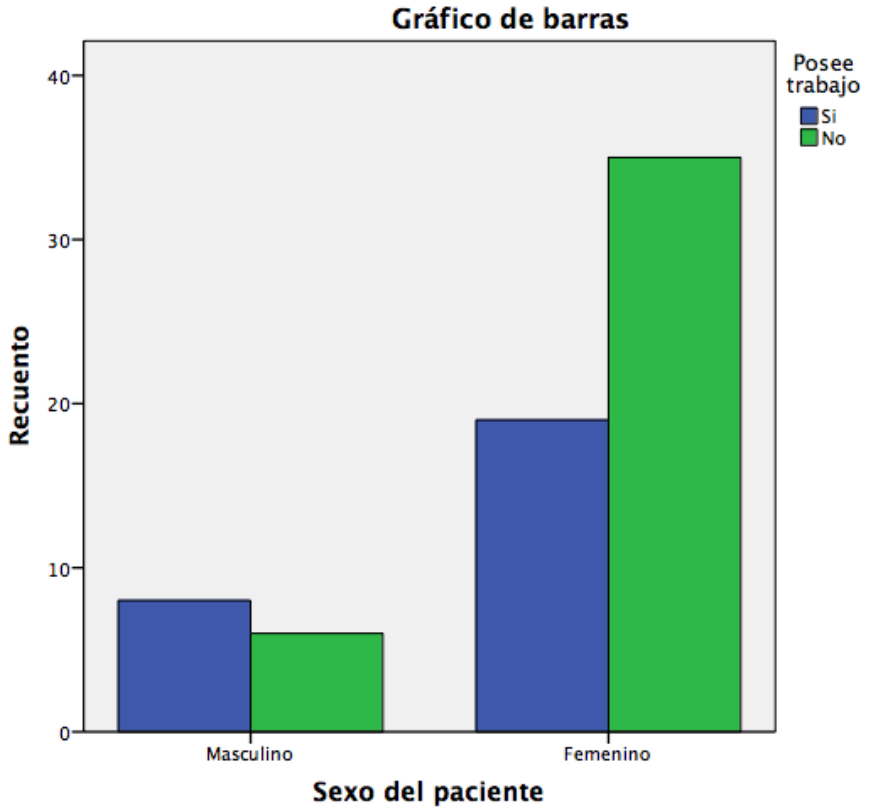
Tabla 11: Sexo del paciente * Posee trabajo

Recuento

		Posee trabajo		Total
		Si	No	
Sexo del paciente	Masculino	8	6	14
	Femenino	19	35	54
Total		27	41	68

Elaborado por: Autor

Gráfico 10: Sexo del paciente * Posee trabajo



Elaborado por: Autor

La mayoría de pacientes femeninas perteneció al grupo de amas de casa, en el grupo de pacientes masculinos se obtuvo 6 casos en otros trabajos, esta variable corresponde a estudiantes o desempleados.

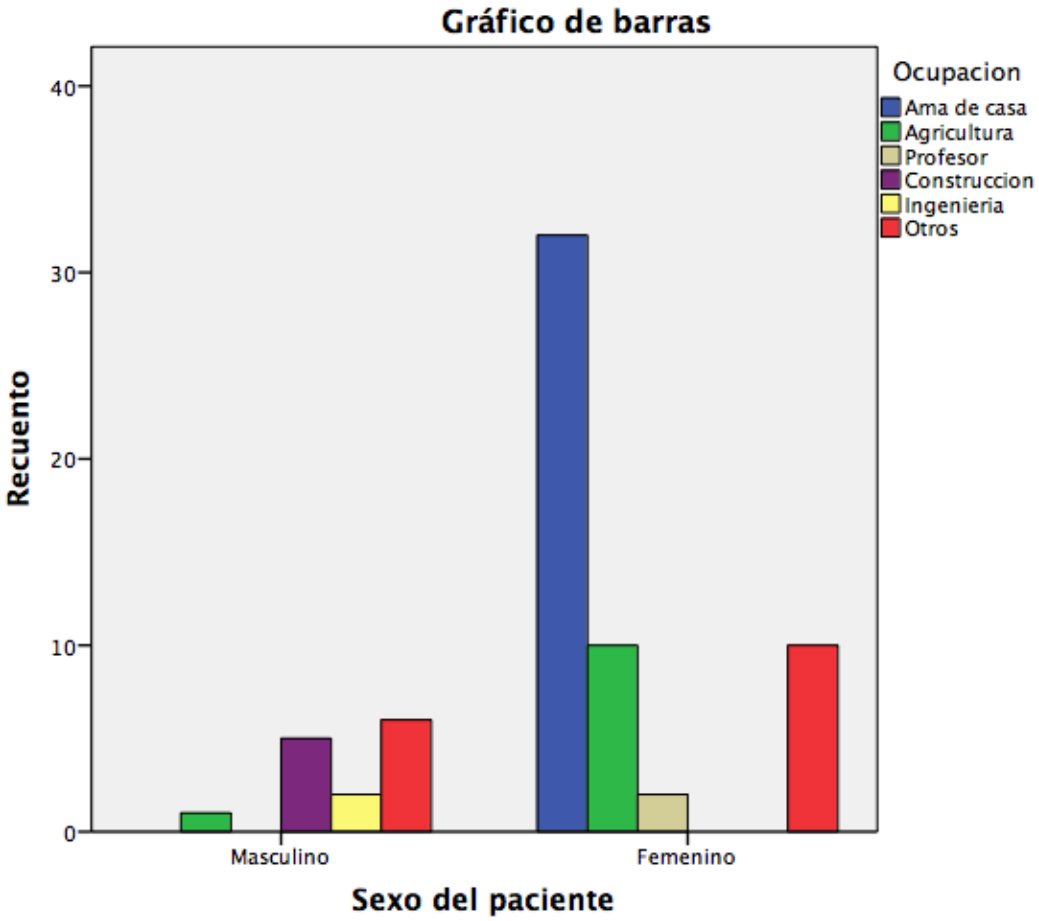
Tabla 12: Sexo del paciente * Ocupación

Recuento

		Ocupación						Total
		Ama de casa	Agricultura	Profesor	Construcción	Ingeniería	Otros	
Sexo del paciente	Masculino	0	1	0	5	2	6	14
	Femenino	32	10	2	0	0	10	54
Total		32	11	2	5	2	16	68

Elaborado por: Autor

Gráfico 11: Sexo del paciente * Ocupación



Elaborado por: Autor

En los pacientes que no tenían trabajo se encontro 21 casos de agresión, mientras que en los que si poseían se observo 10 casos.

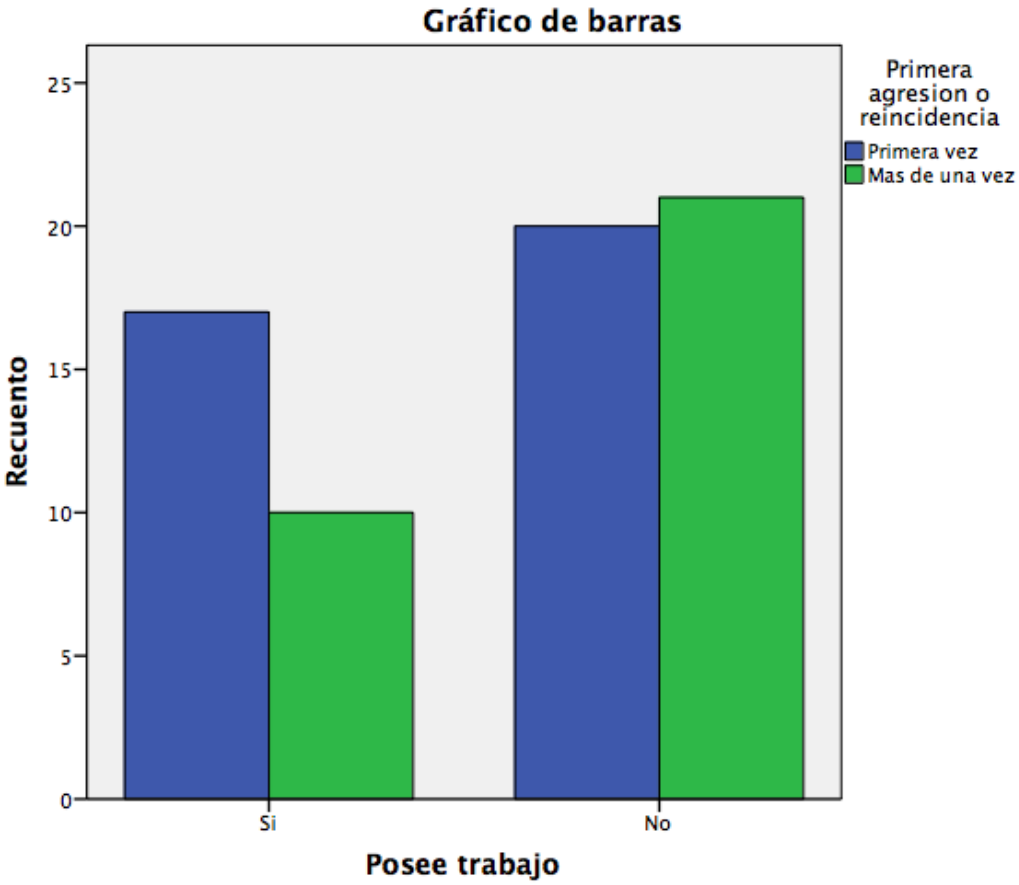
Tabla 13: Posee trabajo * Primera agresión o reincidencia

Recuento

		Primera agresión o reincidencia		Total
		Primera vez	Mas de una vez	
Posee trabajo	Si	17	10	27
	No	20	21	41
Total		37	31	68

Elaborado por: Autor

Gráfico 12: Posee trabajo * Primera agresión o reincidencia



Elaborado por: Autor

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

En las situaciones de violencia doméstica, el consumo de alcohol por el marido o la pareja de hecho, es un factor predictivo de violencia grave. Todos estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de que la intoxicación sirve principalmente para agravar las situaciones conflictivas. La gente a menudo se embriaga antes de llegar a casa y los episodios se suceden de forma independiente a la clase social a la que pertenezcan. La violencia es más frecuente en los que ya eran consumidores antes de convivir en pareja o en los que empiezan a consumir al empezar su vida de pareja. (Quigley y Leonard, 2005)

El alcohol es más un facilitador que un instigador para la agresividad, porque además quien se ve envuelto en situaciones violentas en los bares suele tener un patrón característico de personalidad además de los consumos elevados de alcohol (Quigley y Leonard, 2005).

Los menores que presencian actos violentos, tienen más probabilidad de consumir bebidas alcohólicas. Según la OMS: "En los Estados Unidos de América y en Inglaterra y Gales, las víctimas creían que su pareja había estado bebiendo antes de una agresión física en el 55% y el 32% de los casos, respectivamente. En Australia, el 36% de los homicidas de su pareja estaban bajo los efectos del alcohol (Anderson y Baumberg, 2006).

Se ha observado que muchos de los agresores presentan un síndrome de descontrol, el cual se caracteriza por cuatro síntomas: 1.Un historial de agresión física, sobre todo malos tratos a los hijos y a la esposa. 2. El síntoma de embriaguez patológica, es decir, el hecho de beber incluso una pequeña cantidad de alcohol desencadena actos de una brutalidad disparada. 3.Un episodio de comportamiento sexual impulsivo, incluyendo a veces agresiones sexuales. 4.Un historial de múltiples infracciones de tráfico y accidentes graves de automóvil. (Health and Addictions 2011, Vol. 11)

En nuestro país el consumo excesivo de alcohol es uno de los principales problemas sociales y de salud pública. Se publicó un estudio que ubica al Ecuador en el noveno lugar, en América Latina, con mayor consumo de bebidas alcohólicas. Se ingiere 7,2 litros de alcohol por habitante al año. (OMS, 2014)

El abuso de esta sustancia produjo la muerte de 6.042 personas en 10 años, desde el 2003 hasta el 2013, según los registros del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), es decir, un promedio de 604 por año.

Se estableció que las personas que pasan de la educación primaria al colegio tienen mayor probabilidad de no consumir alcohol de forma excesiva (0,7%), mientras que este porcentaje disminuye cuando las personas pasan de la educación secundaria a la superior (0,33%)

Las personas que se encuentran en situación de pobreza tienen una mayor probabilidad de 1,12% de ser consumidores excesivos de alcohol que aquellos que tienen mayores recursos económicos. (Braganza, 2016, Determinantes sociales y económicos del consumo de alcohol en Ecuador)

El 72% de los ecuatorianos mayores de edad afirma haber consumido el menos una bebida alcohólica en los últimos 12 meses. (Flacso, 2012)

Segun cifras, 912576 personas consumen bebidas alcohólicas en Ecuador. El 89,7% son hombres y el 10,3% son mujeres (INEC, 2010).

El alcohol ilegal representa el 57% del mercado de alcohol, siendo el más alto de la región después de Perú (58%) y uno de los más altos del mundo. (OMS, 2007)

Con todos estas cifras podemos determinar que en nuestro país el consumo de alcohol es elevado, y común. Esto nos ubica en una posición de riesgo para violencia intrafamiliar y muerte por accidentes o enfermedad.

Datos de la Agencia Nacional de Tránsito muestran el consumo de alcohol es la octava causa de muerte en los accidentes en carreteras; en el primer semestre de este año se perdieron 56 vidas por conducir en estado etílico.

En cuanto a datos de violencia en Ecuador se observa que cada tres días muere una mujer a causa de un hecho violento, pero lo más escalofriante es que la mayoría de los causantes son esposos, parejas o novios (Lenin Moreno, 2017).

Los casos de crímenes contra las mujeres en nuestro país han tenido un gran crecimiento, los datos muestran que hasta agosto de 2016 sumaron 43, sin embargo, de enero a agosto de 2017 se registraron 73 casos a nivel nacional. El triste resultado son los 84 niños que quedaron en la orfandad.

Las provincias más pobladas de nuestro país son también las que registran una mayor tasa de femicidios: En Guayas se reportan 21 casos; en Pichincha 12 casos, en Azuay 8 casos, y en Los Ríos 7 casos. (Comisión Ecuménica de Derechos Humanos (Cedhu), 2017)

El 60,6% de mujeres entre 15 y 49 años sufrió algún tipo de maltrato en su vida. (INEC 2010)

Las mujeres indígenas son las que mas sufren violencia de genero ocupando el 59,3%, seguido por las personas afrodescendientes que alcanzan el 55,3%. (Encuesta Inec 2010)

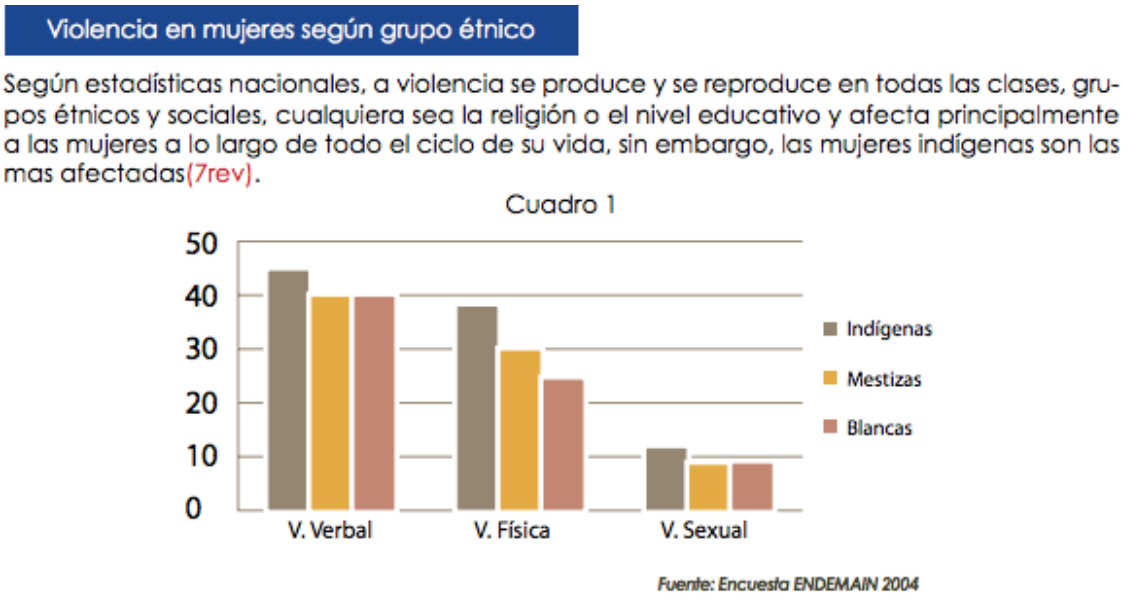


Gráfico 13: Violencia en mujeres según grupo étnico
Fuente: Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, fascículo provincial Cotopaxi.

La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el 2011 evidenció que seis de cada diez mujeres han sufrido algún tipo de violencia; una de cada cuatro han sido víctimas de violencia sexual; y, cuatro de cada diez mujeres han sido maltratadas físicamente. La encuesta también demostró que los perpetradores de violencia están presentes en todos los ámbitos (familiar, educativo, de la salud, laboral, comunitario), pero la mayor parte de ellos son parientes, y conocidos de las víctimas. De hecho el 76% de las mujeres sobrevivientes identifica como agresor a su pareja, expareja, conviviente o amante.

Desde agosto de 2014, cuando el femicidio fue tipificado como delito, hasta julio del 2017 se han judicializado 152 casos de femicidio en el país, de los cuales 81 han sido resueltos, 65 tuvieron sentencia condenatoria, y 5 sentencias absolutas. Estas cifras desembocaron en el proyecto de ley contra la violencia de género y la mujer. (Diario EL TELEGRAFO Agosto 2017)

En el año 2016 hubieron 78 femicidios, mientras que hasta el 28 de diciembre de 2017 se han presentado 107 casos. Cantidad que es alarmante, por lo que se debe intervenir desde todos los sectores para frenar estos homicidios.

Como se ha mencionado previamente sabemos que existe un nivel elevado sobre la violencia de género en Ecuador y en la provincia de Cotopaxi está en el 63.3%, siendo una de las provincias con más casos de femicidio.

Estos datos y las cifras que arrojó nuestro estudio realizado en el Hospital Básico Rafael Ruíz confirman la hipotesis del presente trabajo. Las mujeres son un blanco fácil de violencia en nuestro país y este maltrato es perpetrado principalmente por sus parejas sentimentales.

El 66% del universo de los casos de violencia intrafamiliar, sea esta física, psicológica o sexual están concentrados en el Circuito Pujilí del Distrito Danzante por lo que todos los casos ocurrieron en la zona urbana. (Análisis Delictual Táctico DEVIF Distrito el Danzante DINAPEN)

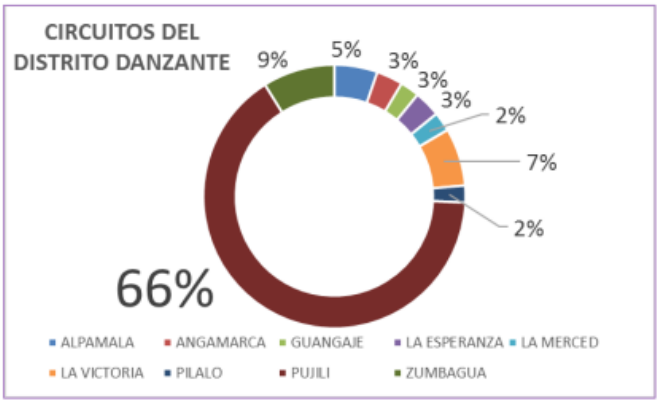


Gráfico 14: Universo de los casos de violencia intrafamiliar Circuito Pujilí del Distrito Danzante
Fuente: Análisis Delictual Táctico DEVIF Distrito el Danzante DINAPEN

Con la referencia que entrega la DINAPEN, podemos observar que Pujilí es un cantón donde existe prevalencia de violencia con altas cifras de consumo de alcohol. En nuestro estudio, realizado en el hospital básico de la zona obtuvimos 68 casos en el lapso de un año, lo que indica una prevalencia elevada, y lo que agrava la situación es que existió uso de arma blanca en un gran número de casos, por lo que el objetivo es instaurar medidas de prevención y protección para las víctimas.

En agosto del 2017 se inauguró una casa de acogida en el cantón Salcedo, siendo el único de la provincia. En este lugar las mujeres y familias violentadas reciben ayuda psicológica, alimentación y vivienda por un lapso de tiempo, evitando ser víctimas de agresión.

Nuestra meta debe ser cambiar a nivel de educación y cultura para de esta manera disminuir la prevalencia de este mal tan grande que esta en auge en nuestro país.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- La violencia intrafamiliar es un fenómeno grave que asecha a la población ecuatoriana, y el consumo de alcohol un agravante que incita a la agresión.
- La violencia doméstica en nuestro país y el mundo es prevalente hacia la mujer y se suscita principalmente por su pareja sentimental. tiene un origen multifactorial y entre los factores ocupa gran importancia la intolerancia, la socialización en la ideología machista en la que emergen aspectos como celos, desconfianza, infidelidad, y el consumo de alcohol.
- El grupo etario con mayor riesgo de violencia son las mujeres de entre 20 y 40 años.
- El uso de arma blanca en la agresión aumenta si son casos de violencia reincidente.
- Los múltiples y desbastadores efectos de la violencia intrafamiliar, impactan tanto el nivel individual de la víctima como a la sociedad; lo que genera problemática social y exige una intervención inmediata para lograr un tratamiento preventivo, educativo y formativo.

RECOMENDACIONES:

- Las medidas a tomar deberían ir encaminadas a reducir la disponibilidad del alcohol, regular los precios de las bebidas alcohólicas, propiciando un incremento de los mismos.
- Identificar las posibles víctimas potenciales de femicidio acorde al historial de denuncias presentadas para generar una solución rápida y eficaz de los juicios por malos tratos y alejamiento del agresor con boleta de auxilio.
- Tratamiento del alcoholismo
- Campañas de sensibilización para generar cursos de acción eficaces orientados a la toma de decisiones inmediatas que permitan reducir los índices delictuales o de violencia
- Capacitar a los servidores policiales, para que identifiquen posibles víctimas y victimarios de violencia que puede desembocar en femicidio.
- Promover la investigación eficaz de los eventos denunciados como violencia contra la mujer, y el femicidio.
- Las generaciones futuras tienen derecho a vivir en paz y sin violencia. Por lo que debemos contribuir informando a las familias sobre violencia intrafamiliar, investigar la problemática que conlleva, identificar a las víctimas y conocer los tipos de maltrato. Esto permitirá comprenderla, para lograr formular estrategias de intervención encaminadas a la promoción y prevención de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Artículos:

1. Guelbenzu, Ricardo. (2011) Pequeña historia del alcohol

2.Fernando Pacheco (Julio 2017) Análisis Delictual Táctico DEVIF Distrito el Danzante DINAPEN

3. Gutierrez M. Et al. (2003) Conflicto Violencia Intrafamiliar. Universidad Externado de Colombia. Bogotá.

4. Villa de Yarse LM. (1991) Cambios y Tendencias de la Familia en Colombia -Desafíos para Trabajo Social en la Nueva Década. Ponencia en el VII Congreso de Trabajo Social. Cali.

5. Reglamento de Violencia de Pareja COLOMBIA Ley 294 modificada por ley 575 de 2000 expedida por el Congreso de la República.

6. Vara Horna A. (2006) Mitos y verdades sobre la violencia familiar: hacia una delimitación teórica conceptual basada en evidencias. Lima

7. Gudrun Wiborg Jose, Manuel Alonso, Pilar Fornes (2010)Violencia familiar y alcohol

8. Ramírez Pérez; L. (2002). Una mirada sociológica al alcoholismo como problema social

9. .World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect (2006), Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action an generating evidence

10. Ley 103 contra la Violencia a la Mujer y la Familia.

11. Hartigan, P. (1997) Gender, environment and health: Incorporating a gender perspective in environmental health. Washington, DC:OPS

12. Leon Milagros, Gonzalez Lazaro (2014), Neurobiological Basis of Alcohol Addiction, Volumen 4 Núm 1.

13. Díez Hernández, Itziar (2003), La influencia del alcohol en la sociedad, Osasunaz 177-190

14. Espirella, De la Hoz, Uribe, Rodriguez, Cote, (2012), Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de

pacientes con abuso o dependencia del alcohol: Parte II: Evaluación y manejo de los pacientes con intoxicación aguda por alcohol, Revista Colombiana de Psiquiatría.

15. Orte Carmen, (2006), El abuso verbal, Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. España.

16. Gomez. M, (2006), Maltrato psicológico, Cuad Med Forense; 12(43-44):103-116

17. OMS, (2013), Comprender y abordar la violencia contra las mujeres

18. Garcia-Moreno C, (2005), Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la muer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

19. Ellsberg MC, (2000), Candies in hell: women's experience of violence in Nicaragua

20. Cerezo, María A. (1995), El impacto psicológico del maltrato: Primera infancia y edad escolar Nº 71

21. Braganza, (2016), Determinantes sociales y económicos del consumo de alcohol en Ecuador

22. Resultados del Censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, fascículo provincial Cotopaxi.

23. MSP, (2008), Normas y protocolos de atención Integral de la violencia de género, intrafamiliar y sexual por ciclos de vida.

24. Muñoz. A, (2007), Maltrato Psicológico, Rev Fac Med UNAM Vol.50 No.3

Sitios Web

25. CAPITULO VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR159/12Chapter12.pdf

26. Diario EL TELÉGRAFO

http://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/judicial/13/el-proyecto-de-ley-establecera-los-diferentes-tipos-de-violencia-contra-la-mujer

FICHA UNICA DE REGISTRO DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GENERO

PROVINCIA:..... CANTON:..... BARRIO .....
INSTITUCION:..... FECHA:..... Nº REGISTRO / Nº H.CLINICA.....

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA

APELLIDOS:..... NOMBRES:..... C.I.: .....
EDAD AÑOS ..... MESES .....
SEXO MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
ESTADO CIVIL SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ UNION LIBRE ☐ DIVORCIADO ☐
INSTRUCCION PRIMARIA ☐ AÑO ..... SECUNDARIA ☐ AÑO ..... UNIVERSITARIA ☐ AÑO ..... NINGUNA ☐ OTROS ☐
DIRECCION DOMICILIO:..... TELEFONO .....
OCUPACION ..... DIRECCION TRABAJO:..... TELEFONO .....

CARACTERÍSTICAS DE LA AGRESIÓN

TIPO DE AGRESION FISICA ☐ SEXUAL ☐ PSICOLOGICA ☐
FRECUENCIA PRIMERA ☐ SUBSECUENTE ☐
LUGAR DOMICILIO ☐ TRABAJO ☐ PUBLICO ☐ CENTRO EDUCATIVO ☐ OTROS ☐.....
FECHA ..... HORA .....
ASOCIACIÓN CON ALCOHOL ☐ DROGAS ☐ NINGUNO ☐ OTROS ☐ DESCONOCE ☐
AGRESION CON CUERPO ☐ ARMA BLANCA ☐ ARMA DE FUEGO ☐ OBJETO PESADO ☐ OTROS ☐
ESTADO DE CONCIENCIA : CONCIENTE ☐ DESORIENTADO ☐ INCONCIENTE ☐

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AGREDIDA

APELLIDOS:..... NOMBRES:..... C.I.: .....
EDAD: AÑOS ..... MESES .....
SEXO: MASCULINO ☐ FEMENINO ☐
ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ VIUDO/A ☐ UNION LIBRE ☐ DIVORCIADO ☐
INSTRUCCION: PRIMARIA ☐ AÑO ..... SECUNDARIA ☐ AÑO ..... UNIVERSITARIA ☐ AÑO ..... NINGUNA ☐ OTROS ☐
DIRECCION DOMICILIO:..... TELEFONO .....
OCUPACION ..... DIRECCION TRABAJO:..... TELEFONO .....
RELACION CON AGREDIDO/A ESPOSO/A ☐ MADRE ☐ PADRE ☐ HIJO/A ☐ OTROS ☐.....
TRATAMIENTO:
CLINICO ☐ QUIRURGICO ☐ PSICOLOGICO ☐ OTROS ☐..... REFERIDO A:_____
CASO MEDICO LEGAL SI ☐ NO ☐
OBSERVACIONES .....
.....