

**EENF** ESCOLA DE  
ENFERMAGEM



**FURG**  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE

**EENF** PROGRAMA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM

**MERCEDES ELIZABETH MEJÍA LÓPEZ**

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: perfis e consequências a longo  
prazo na saúde das mulheres**

**RIO GRANDE**

**2023**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: perfis e consequências a longo  
prazo na saúde das mulheres**

**MERCEDES ELIZABETH MEJÍA LÓPEZ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Enfermagem e Tecnologias em Saúde para Indivíduos e Grupos Sociais.

**Orientadora: Profa. Dra. Mara Regina Santos**

**RIO GRANDE**

**2023**

## Ficha Catalográfica

L864v López, Mercedes Elizabeth Mejía.

Violência por parceiro íntimo: perfis e consequências a longo prazo na saúde das mulheres / Mercedes Elizabeth Mejía López. – 2023.  
101 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2023.

Orientadora: Dra. Mara Regina Santos.

1. Violência por Parceiro Íntimo 2. Mecanismo Biológico  
3. Impactos na saúde a longo prazo 4. Consequências indiretas da VPI 5. Revisão da literatura I. Santos, Mara Regina II. Título.

CDU 616-083

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Mercedes Elizabeth Mejía López

**VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA:** perfis y consecuencias a largo plazo en la salud de la mujer

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação em 23 de fevereiro de 2023 e aprovada por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva  
FURG- Efetivo

Profa. Dra. Bárbara Tarouco da Silva  
FURG- Efetivo

Prof. Dr(a). Maria da Penha da Rosa Silveira  
(FURG)- Efetivo

Profa. Dr(a). Adriane Maria Netto de Oliveira  
Instituição (FURG) - Suplente interno

Prof. Dr(a). Francisca Lucelia Ribeiro de Farias  
Instituição (UNIFOR) - Suplente externo

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi aprovada para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, atendendo às normas da legislação vigente do PPGEnf/FURG.

---

Profa. Dra. Jamila Geri Tomaszewski Barlem  
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Profa. Dra. Mara Regina Santos da Silva  
Orientadora

RIO GRANDE

2023

**DEDICO ESTA DISERTACIÓN**

A mi hija Alanna Cañaveral  
A mi esposo Manuel Cañaveral

## **AGRADECIMIENTO**

A mi orientadora Dra. Mara Santos da Silva por su tiempo, dedicación y oportunidad de pertenecer al grupo de investigación GEPEFES. A los profesores del Programa de Posgrado en Enfermería de la FURG por sus enseñanzas.

A la CAPES por el apoyo financiero.

Al Hospital IESS Ceibos, por el permiso otorgado para ausentarme de la institución, y su confianza depositada en mí para realizar la Maestría en Enfermería que fue una mis metas.

A mi esposo Manuel Cañaverl por ser mi pilar fundamental, por su apoyo incondicional y acompañarme en todo este proceso.

A mi padre Jaime Mejía y mis hermanos Rolando, Javier y Guillermo por su apoyo incondicional.

LÓPEZ, Mercedes, Mejía. **Violência por parceiro íntimo: perfis e consequências a longo prazo na saúde das mulheres 2023.** 99. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS.

## RESUMO

As consequências a curto prazo da violência pelo parceiro íntimo podem variar de agressão física à morte e, a longo prazo, incluem todos os tipos de doenças crônicas e transtornos mentais. O desconhecimento das consequências a longo prazo contribui para que as vítimas permaneçam no ciclo da violência, tornando-se usuárias recorrentes dos serviços hospitalares. Esta dissertação tem os seguintes objetivos: 1) Identificar, na literatura internacional e brasileira, as consequências a longo prazo da violência praticada pelo parceiro íntimo sobre a saúde da mulher; 2) Descrever os tipos de violência, o perfil da vítima e o perfil do agressor envolvido na violência por parceiro íntimo, com base nos registros extraídos de um serviço especializado de atendimento à mulher, sediado no sul do Brasil. Para responder ao primeiro objetivo, foi realizada uma revisão integrativa sobre o tema, utilizando os recursos técnicos do software Rayyan. Um total de 681 artigos publicados nas bases de dados PubMed, LILACS, Scopus e Web of Science, foram selecionados com base nos seguintes termos: “Neuroendocrinology”, “Pathophysiology”, “Psychobiology”, “Neurobiology”, “Immunological System” e “Hypothalamic- Eixo pituitário-adrenal”. Após a remoção das duplicatas e exclusão dos estudos que não atenderam aos critérios de inclusão, foram selecionadas 39 publicações entre os anos de 2017 e 2023. Para o segundo objetivo, foram utilizados dados secundários do Grupo de Estudos e Pesquisas em Família, Enfermagem e Saúde. São dados que mostram o perfil das mulheres que, em 2019, foram vítimas de VPI, bem como o perfil do agressor e o tipo de violência ocorrida. Neste objetivo, a amostra foi de 162 registros (Boletim de Ocorrência), os quais foram analisados por meio de estatística descritiva. Os resultados da revisão indicam que há uma alta prevalência de transtornos mentais, sendo a depressão e o transtorno de estresse pós-traumático os mais comuns e que resultam em comportamentos negativos à saúde e diminuem a qualidade de vida das mulheres. Os resultados da análise de dados secundários mostram que os perfis mais representativos das vítimas eram mulheres solteiras de 21 a 30 anos com ensino fundamental e com filhos do agressor e mulheres casadas de 31 a 40 anos com ensino médio e com filhos de outro relacionamento. Quanto ao perfil do agressor, houve predominância de homens na faixa etária de 31 a 40 anos com ensino fundamental e médio, e que 26% dos casos consomem drogas e álcool, sendo cocaína e crack as drogas mais consumidas. Esta dissertação conclui destacando a importância das consequências para a saúde da violência entre parceiros íntimos a curto e longo prazo, os fatores de risco e os perfis mais representativos das vítimas e dos agressores. Para isso, foi desenvolvido o primeiro estudo, que identifica os possíveis sinais no desenvolvimento de uma doença. O segundo estudo visa identificar determinados perfis de mulheres que podem estar sofrendo abusos e têm medo de falar, bem como perfis de homens que cometem violência. No geral, tanto o estudo de revisão como a análise de perfil mostram que a violência sofrida pelas mulheres continua a ser

uma questão importante e séria. A equipe de enfermagem precisa consolidar esse conhecimento para prestar atendimento oportuno às vítimas de VPI.

**Descritores:** Violência por Parceiro Íntimo; Mecanismo Biológico; Impactos na saúde a longo prazo; Consequências indiretas da VPI; Revisão da literatura

LOPEZ, Mercedes, Mejia. Intimate partner violence: profiles and long-term consequences on women's health. 2023. 99. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS.

### **ABSTRACT**

The short-term consequences of intimate partner violence can range from physical assault to death and, in the long term, include all kinds of chronic illnesses and mental disorders. Ignorance of the long-term consequences contributes to victims remaining in the cycle of violence, becoming recurring users of hospital services. This dissertation has the following objectives: 1) To identify, in the international and Brazilian literature, the long-term consequences of intimate partner violence on women's health; 2) Describe the types of violence, the profile of the victim and the profile of the aggressor involved in intimate partner violence, based on records taken from a specialized women's service, based in southern Brazil. In order to respond to the first objective, an integrative review on the subject was carried out, using the technical resources of the Rayyan software. A total of 681 articles published in the PubMed, LILACS, Scopus and Web of Science databases were selected based on the following terms: "Neuroendocrinology", "Pathophysiology", "Psychobiology", "Neurobiology", "Immune System" and "Hypothalamus-Pituitary" - adrenal axis. After removing duplicates and excluding studies that did not meet the inclusion criteria, 39 publications between 2017 and 2023 were selected. For the second objective, secondary data from the Family, Nursing, and Health Studies and Research Group were used. These are data that show the profile of the women who, in 2019, were victims of IPV, as well as the profile of the aggressor and the type of violence that occurred. For this, the sample consisted of 162 records (Occurrence Bulletin), which were analyzed using descriptive statistics. The results of the review indicate that there is a high prevalence of mental disorders, with depression and post-traumatic stress disorder being the most common, and that they result in negative health behaviors and decreased quality of life in women. The results of the analysis of secondary data show that the most representative profiles of the victims were single women between 21 and 30 years of age with primary education and with children of the aggressor, and married women between 31 and 40 years of age with secondary education and with children from another relationship. Regarding the profile of the aggressor, there was a predominance of men between the ages of 31 and 40 with primary and secondary education, and that 26% of the cases consume drugs and alcohol, with cocaine and crack being the most consumed drugs. This dissertation concludes, highlighting the importance of the health consequences of intimate partner violence in the short and long term, the risk factors and the most representative profiles of victims and aggressors. For this, the first study was developed, which identifies the possible signs in the development of a disease. The second study aims to identify certain profiles of women who may be being abused and are afraid to speak out, as well as profiles of men who commit violence. Overall, both the review study and the profile analysis show that violence suffered by women continues to be an important and serious issue. The nursing team needs to consolidate this knowledge to provide timely care to IPV victims.

**Descriptors:** Intimate Partner Violence; Biological Mechanism; Long Term Health Impacts; Indirect consequences of IPV; Literature review.

LÓPEZ, Mercedes, Mejía. **Violencia de pareja íntima: perfiles y consecuencias a largo plazo en la salud de la mujer.** 2023. 99. Disertación Maestría en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande/RS.

## RESUMEN

Las consecuencias a corto plazo de la violencia ejercida por la pareja íntima pueden ir desde la agresión física hasta la muerte y, a largo plazo, incluir todo tipo de enfermedades crónicas y trastornos mentales. El desconocimiento de las consecuencias a largo plazo contribuye a que las víctimas permanezcan en el ciclo de la violencia, convirtiéndose en usuarias recurrentes de los servicios hospitalarios. Esta disertación tiene los siguientes objetivos: 1) Identificar, en la literatura internacional y brasileña, las consecuencias a largo plazo de la violencia de pareja en la salud de la mujer; 2) Describir los tipos de violencia, el perfil de la víctima y el perfil del agresor involucrado en la violencia de pareja, a partir de registros extraídos de un servicio especializado de la mujer, con sede en el sur de Brasil. Para dar respuesta al primer objetivo, se realizó una revisión integradora sobre el tema, utilizando los recursos técnicos del software Rayyan. Se seleccionaron un total de 681 artículos publicados en las bases de datos PubMed, LILACS, Scopus y Web of Science con base en los siguientes términos: “Neuroendocrinología”, “Patofisiología”, “Psicobiología”, “Neurobiología”, “Sistema Inmunológico” y “Hipotálamo-Pituitaria”. -eje suprarrenal”. Después de eliminar los duplicados y excluir los estudios que no cumplieron con los criterios de inclusión, se seleccionaron 39 publicaciones entre 2017 y 2023. Para el segundo objetivo, se utilizaron datos secundarios del Grupo de Estudios e Investigación en Familia, Enfermería y Salud. Son datos que muestran el perfil de las mujeres que, en 2019, fueron víctimas de VPI, así como el perfil del agresor y el tipo de violencia que se produjo. Para ello, la muestra estuvo compuesta por 162 registros (Boletim de Occurrence), los cuales fueron analizados mediante estadística descriptiva. Los resultados de la revisión indican que existe una alta prevalencia de trastornos mentales, siendo la depresión y el trastorno de estrés postraumático los más comunes y que resultan en conductas negativas de salud y disminución de la calidad de vida de las mujeres. Los resultados del análisis de datos secundarios muestran que los perfiles más representativos de las víctimas eran mujeres solteras entre 21 y 30 años con estudios primarios y con hijos del agresor y mujeres casadas entre 31 y 40 años con estudios secundarios y con hijos de otra relación. En cuanto al perfil del agresor, hubo un predominio de hombres de 31 a 40 años con estudios primarios y secundarios, y que el 26% de los casos consumen drogas y alcohol, siendo la cocaína y el crack las drogas más consumidas. Se concluye esta disertación, destacando la importancia sobre las consecuencias en la salud producto de la violencia de pareja a corto y largo plazo, los factores de riesgo y los perfiles más representativos de víctimas y agresores. Para ello, se desarrolló el primer estudio, donde se identifica los posibles signos en el desarrollo de una enfermedad. El segundo estudio tiene como objetivo identificar ciertos perfiles de mujeres que pueden estar siendo abusadas y tienen miedo de hablar, así como perfiles de hombres que cometen violencia. En general, tanto el estudio de revisión como el análisis de perfiles muestran que la violencia que sufren las mujeres sigue siendo un tema importante y grave. El equipo de enfermería necesita consolidar este conocimiento para brindar una atención oportuna a las víctimas de VPI.

**Descriptor:** Violencia de Pareja Intima; Mecanismo Biológico; Impactos en la Salud a Largo Plazo; Consecuencias Indirectas de la VPI; Revisión de Literatura.

## **LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1. Fases del enfoque de mecanismos biológicos.....</b>	<b>27</b>
<b>Tabla 2. Leyes de Violencia contra la mujer en Brasil.....</b>	<b>38</b>
<b>Tabla 3. Factores de riesgo para la violencia de pareja .....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 4. Relación entre las variables de estudio y modelo ecológico. ....</b>	<b>44</b>
<b>Tabla 5. Estructura de las dos etapas del estudio.....</b>	<b>46</b>

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1. Mapa mundial de las medidas jurídicas de violencia contra la mujer. ....</b>	<b>33</b>
<b>Figura 2. Evolución de los registros de femicidios por VPI en ALC en el periodo 2001- 2020.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 3. Leyes de violencia contra la mujer en los países de ALC.....</b>	<b>35</b>
<b>Figura 4. Evolución de los registros de los homicidios y suicidios en mujeres de Brasil. ....</b>	<b>37</b>
<b>Figura 5. Modelo ecológico de la VPI. ....</b>	<b>42</b>

## SUMARIO

<b>UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)</b> .....	<b>2</b>
<b>ESCOLA DE ENFERMAGEM</b> .....	<b>2</b>
<b>DEDICO ESTA DISERTACIÓN</b> .....	<b>5</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>11</b>
<b>PRESENTACIÓN</b> .....	<b>16</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>17</b>
<b>1. INTRODUCCION</b> .....	<b>17</b>
1.1 OBJETIVOS .....	21
<b>CAPÍTULO II</b> .....	<b>22</b>
<b>2. REVISION DE LA LITERATURA</b> .....	<b>22</b>
2.1. DEFINICIONES, TIPOS Y CICLOS DE LA VIOLENCIA .....	22
2.1.1. <i>Definiciones de VPI</i> .....	22
2.1.2. <i>Tipos de comportamiento violento</i> .....	23
2.1.3. <i>Ciclo de la Violencia</i> .....	24
2.2. VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA EN EL MARCO DE LA TEORÍA DEL ESTRÉS .....	26
2.2.1. <i>Conceptos y teorías del estrés</i> .....	26
2.2.2. <i>Estrés psicosocial y respuesta fisiológica</i> .....	27
2.2.3. <i>Relación del estrés y los sistemas nervioso, inmune y endocrino</i> .....	28
2.2.4. <i>Acción del estrés sobre el sistema Inmune</i> .....	29
2.2.5. <i>Acción del estrés sobre el sistema Endocrino</i> .....	30
2.3. POLÍTICAS RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA .....	30
2.3.1. <i>Políticas a nivel internacional de la violencia contra la mujer</i> .....	31
2.3.2. <i>Políticas a nivel latinoamericano de la violencia contra la mujer</i> .....	33
2.3.3. <i>Políticas de Brasil de la violencia contra la mujer</i> .....	36
<b>CAPÍTULO III</b> .....	<b>41</b>
<b>3. MODELO ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA</b> .....	<b>41</b>
<b>CAPITULO IV</b> .....	<b>46</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>46</b>
4.1. TIPO DE ESTUDIO .....	46
4.1.1. <i>Etapa 1: Revisión integrativa</i> .....	47
4.1.2. <i>Etapa 2: Análisis de registros de violencia</i> .....	48
4.1.3. <i>Aspectos éticos</i> .....	49

<b>5. RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
5.1. ARTICULO I	51
<i>Resumen</i>	51
<i>Introducción</i>	52
<i>Método</i>	54
<i>Resultados</i>	56
<i>Discusión</i>	66
<i>Conclusiones</i>	67
<i>Referencias</i>	68
5.2. ARTICULO II	73
<i>Introducción</i>	74
<i>Metodología</i>	75
<i>Resultados</i>	77
<i>Discusión</i>	86
<i>Conclusión</i>	87
<i>Referencias</i>	87
<b>6. CONCLUSIÓN .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>92</b>

## PRESENTACIÓN

Mi vocación siempre ha sido servir y ayudar a las personas, por eso decidí ser parte de esta importante profesión, la enfermería, y llevo ejerciéndola desde los 18 años. Durante estos 15 años de trabajo mi único objetivo ha sido proporcionar una atención digna al paciente y cumplir con los mejores estándares de calidad y seguridad sanitaria. La gestión y el desempeño de los cuidados de enfermería deben estar respaldados en la experiencia y la evidencia científica. Las enfermeras deben realizar investigaciones para construir una base para su trabajo. Por este motivo, decidí ser parte de este importante programa de posgraduación, para ampliar mis conocimientos y destrezas. Centrando mi interés en los efectos a largo plazo en la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja íntima. Porque la violencia que sufren muchas mujeres causa impactos irreversibles en su salud.

Me interesé en este tema para ayudar a informar a las víctimas sobre los potenciales riesgos para su salud, y también para generar interés en los demás profesionales de enfermería. Porque, en base a mi experiencia, me he dado cuenta que el ambiente hospitalario está dominado por lo directamente observable. Como resultado, es probable que muchas mujeres agredidas sin signos de violencia externa reciban un trato muy superficial al buscar atención médica, aunque puedan estar desarrollando graves problemas de salud internos, que no son directamente observables.

Por tal razón, mis perspectivas como servidora pública de una de las instituciones más grandes del Ecuador, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), son transmitir el conocimiento adquirido e incentivar la investigación a más profesionales y ser parte activa del desarrollo institucional del Hospital General del Norte IESS Ceibos. Mi principal contribución con esta prestigiosa entidad de salud es que el conocimiento adquirido durante mis estudios de posgrado se multiplique a más funcionarios (efecto multiplicador). Esto permitirá una mejora sustancial en la calidad de la atención ofrecida al paciente, ya que el primer contacto de las víctimas de violencia es con los profesionales de salud.

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCION

La presente disertación aborda la violencia del hombre contra la mujer en una relación íntima actual o anterior, o simplemente violencia de pareja íntima (VPI). La VPI es un grave problema social y uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. En la actualidad, constituye un amplio campo de investigación que ha venido ganando especial atención mediática y política debido a las alarmantes tasas de incidencia y las graves consecuencias en la salud de la mujer.

Según la OMS, (2021) aproximadamente 1 de cada 3 mujeres ha experimentado algún tipo de violencia a lo largo de su vida, y hasta el 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por una pareja íntima masculina. En Brasil, el quinto país más poblado del mundo con más de 212 millones de habitantes, donde la mujer representa poco más del 50% de la población, las notificaciones anuales de violencia han aumentado cada año. Según datos del sistema de información sobre agravios de notificación (SINAN), en 2009 se notificaron 4.718 agresiones de VPI contra mujeres de 18 a 50 años, y en 2021 esta cifra ascendió a 51.618, es decir, que la tasa de crecimiento de los casos de agresión fue de 994 puntos porcentuales en un periodo de 11 años. Esto representa un importante problema social, problema de salud y de seguridad pública.

La magnitud cuantitativa de los casos de VPI demuestra que se trata de un fenómeno de rápido crecimiento y proliferación. Que causa graves impactos en la salud física y mental de las mujeres (SAFRANOFF, 2017a), estos impactos van a depender de la magnitud y el tipo de violencia. Entre los principales tipos de VPI destacan la violencia física, psicológica y sexual, perpetradas por parejas actuales o anteriores. Las consecuencias en la salud se pueden presentar de manera directa o indirecta. Las directas son de corto plazo y van desde lesiones de todo tipo (por ejemplo, lesiones abdominales, craneales, hematomas, fracturas, laceraciones, daño ocular, heridas de arma blanca, disparos, etc.), hasta la muerte (MÖNTTINEN; TETRI, 2016). Estas consecuencias directas suelen estar relacionadas con la violencia física y sexual. Por ende, se observan más claramente en el estado físico de las víctimas.

Las consecuencias indirectas en la salud se refieren a todo tipo de enfermedades y trastornos (por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales, cáncer, etc.) que surgen del estrés crónico prolongado (FRAGKAKI; et al, 2016). Los problemas relacionados con la salud mental como la depresión, el trastorno de estrés postraumático, la ansiedad, el

suicidio y todo tipo de daño psicológico pueden aparecer en el corto o en el largo plazo dependiendo de la magnitud del trauma (OMS, 2021).

Con todas estas consecuencias en la salud de la mujer, es difícil pensar que las víctimas de VPI no denuncien a su agresor. Pero, ya sea por temor a represalias, por desconocimiento de las leyes, por falta de apoyo familiar, dependencia económica del agresor o por desconocimiento del deterioro que puede sufrir su salud en el largo plazo, muchas mujeres guardan silencio (GÓMEZ-FERNÁNDEZ; et al., 2017). Este silencio contribuye a la reproducción de la violencia, la víctima puede entrar en un círculo vicioso de agresiones. Esto produce en la mujer un estado de alerta ininterrumpido, es decir, una sensación de riesgo constante, miedo y paranoia, aun cuando no está ocurriendo el evento traumático (MÖNTTINEN; TETRI, 2016). Esta situación de estrés, hace que el cuerpo genere una respuesta fisiológica/biológica al estrés, en el corto plazo tal respuesta funciona de manera normal, es decir, estabiliza al cuerpo, lo que se conoce como *homeostasis*. Pero en el largo plazo, cuando la situación de violencia se repite constantemente, el cuerpo entrará en un estado de desequilibrio interno y se producirán las enfermedades. Esto ocurre porque ante una amenaza constante, la respuesta fisiológica al estrés también será constante, causando un desgaste psicobiológico (RAFAEL et al., 2017) que a largo plazo producirá trastornos hormonales como el aumento de las catecolaminas y la supresión activa de la secreción de cortisol y problemas de salud (consecuencias indirectas de la VPI) (CESAR et al., 2018).

Las víctimas de VPI con frecuencia, recurren a los servicios hospitalarios producto de las consecuencias directas o indirectas de las agresiones que han sufrido (ONU, 2021). Se estima que entre el 38% y el 40% de todas las mujeres que asisten a los servicios de salud sufren o han sufrido violencia de pareja íntima (GÓMEZ-FERNÁNDEZ; et al, 2017). El motivo de su visita no siempre es una lesión directamente relacionada con la agresión, sino que tiende a ser una manifestación oculta de la misma (SAFRANOFF, 2017a). Por lo tanto, es esencial que los profesionales de la salud sepan reconocerla y actuar en esta situación (SAFRANOFF, 2017a).

Entre los profesionales de la salud, el personal de enfermería, está en una posición estratégica para dar soporte a las víctimas de VPI . Ya que, en general, suelen representar el mayor número de profesionales dentro de las instituciones de salud, y entre sus funciones destaca evaluar las prioridades de atención médica (Triage), por lo tanto, son el primer punto de contacto para las mujeres que buscan servicios de salud (EUSTACE et al., 2016).

Los profesionales de enfermería deben tener la capacidad de identificar a las víctimas de VPI y ofrecer intervenciones apropiadas, como dar asesoramiento, derivación psicológica y de seguridad (LI et al., 2020) e informar a las mujeres sobre las consecuencias que impactarán

negativamente su salud a largo plazo. Este último punto es muy importante, ya que normalmente las víctimas de VPI desconocen esta información y solo reconocen los impactos directos de la violencia. Estar bien informadas sobre las consecuencias indirectas de la VPI puede ayudar significativamente a que las mujeres victimizadas sean capaces de tomar decisiones sobre su propia seguridad. Este conocimiento puede servir como señales de alerta temprana, tanto para las víctimas, como para los profesionales de la salud que les brindan atención. Por ejemplo, una mujer que ha sido constantemente violentada por su pareja, y estas agresiones no producen efectos directos de mayor magnitud, pero si han causado en ella un estado de miedo constante y también siente los cambios en su salud, es decir, percibe su salud como mala.

Si esta mujer no sabe que a largo plazo el estrés constante puede causarle enfermedades crónicas, probablemente no decidirá romper el ciclo de la violencia. Por el contrario, si tuviera un mayor conocimiento de las consecuencias indirectas de la VPI, la mujer sabría identificar, con mucha más claridad, que su salud está en riesgo y muy probablemente decida romper el ciclo de la violencia. Por supuesto, esta decisión dependerá de otros factores, por ejemplo, el factor económico. Pero lo importante es que tendrá la decisión de romper el ciclo y buscará los medios para precautelar su salud. Esto sugiere que el conocimiento de las consecuencias indirectas de la VPI, podría darles la posibilidad a las víctimas de actuar con mayor celeridad, para contrarrestar el curso de la enfermedad antes de que sea demasiado tarde. Esto constituye, en sí, un sistema de alerta temprana para las víctimas de VPI.

Para el personal de enfermería, estas señales de alerta temprana, pueden darse cuando identifican no solo una mujer que sufre de VPI, sino también cuando el identifican posibles enfermedades o posibles tendencias al desarrollo de una enfermedad. Lo anterior resalta la importancia del personal de enfermería en conocer no solo el resultado final de la VPI, sino también saber identificar entre las consecuencias directas e indirectas y entender los caminos o mecanismos que, en el largo plazo, generan enfermedad en las víctimas. Aunque estos conocimientos son importantes parece existir una brecha en el personal de enfermería. Muchas investigaciones argumentan que la falta de conocimiento y capacitación en violencia puede contribuir a la incapacidad del personal para reconocer e interpretar correctamente las consecuencias asociadas con la VPI (BAIDES NORIEGA, 2018)

Otras investigaciones también mencionan que la atención de salud a las mujeres violentadas se fundamenta principalmente en la resolución de signos físicos de violencia (consecuencias directas) y los aspectos no visibles (consecuencias indirectas) son comúnmente ignorados, ya sea por desconocimiento, desinterés o exceso de trabajo. Esto reduce la

efectividad de la atención (DE MELO et al., 2016) y aquellas mujeres que fueron agredidas, pero no presentaron signos directamente observables de violencia, podrían sentirse desmotivadas en volver a solicitar atención de salud en el futuro. Lo que las llevaría a buscar ayuda en otras instituciones o muy probablemente no buscar ayuda.

Por tal motivo, el conocimiento sobre los efectos físicos y psicológicos a largo plazo en la salud de las víctimas de VPI, es un aspecto que debería ser mayormente divulgado entre los profesionales de la salud, y muy particularmente entre el personal de enfermería, ya que, independientemente de su entorno de práctica y especialidad, es importante que conozcan como una mujer violentada desarrolla una enfermedad crónica. Para lograr avances en la prevención de la VPI, así como en la identificación oportuna de las enfermedades producto de una exposición prolongada de VPI.

Mi interés en centrarme en las consecuencias a largo plazo en la salud de la mujer víctima de violencia de pareja íntima, no es para etiquetar las dolorosas experiencias de muchas mujeres, únicamente mediante un diagnóstico clínico, sino para ayudar a informar y así despertar el interés sobre la complejidad de los problemas de salud con los que estas mujeres luchan frecuentemente. Esto porque durante casi 15 años de trabajo en las áreas de emergencia, me he percatado que en los ambientes hospitalarios prima lo directamente observable. Es así, que muchas mujeres agredidas sin señales de violencia que han solicitado atención de salud, muy probablemente hayan sido atendidas de una manera muy superficial, aun cuando podrían tener graves problemas de salud en potencia.

Ya que los efectos de largo plazo son producto del estrés prolongado, presentamos el marco teórico del estrés para comprender como se generan las enfermedades, y presentamos el modelo ecológico de la violencia para ayudar a comprender los contextos en los cuales se reproduce la VPI, así como los factores de riesgo asociados a cada contexto.

Dada la relevancia del tema para implicaciones de la práctica de enfermería y la utilidad del modelo ecológico para analizar los factores de riesgo relacionados con la VPI.

La presente disertación busca responder a las siguientes preguntas:

*¿Cuáles son las evidencias científicas encontradas en la literatura brasilera y extranjera acerca de las consecuencias a largo plazo de la violencia de pareja íntima sobre la salud de la mujer?*

*¿Cuáles son los perfiles de la víctima, el agresor y de la violencia objeto de la denuncia?*

## **1.1 OBJETIVOS**

1.1.1. Identificar, en la literatura internacional y brasileña, las consecuencias a largo plazo de la violencia de pareja en la salud de la mujer.

1.1.2. Describir los tipos de violencia, el perfil de la víctima y el perfil del agresor involucrado en la violencia de pareja, a partir de registros extraídos de un servicio especializado de la mujer, con sede en el sur de Brasil.

## CAPÍTULO II

### 2. REVISION DE LA LITERATURA

#### 2.1. Definiciones, tipos y ciclos de la violencia

##### 2.1.1. Definiciones de VPI

Una de las formas más comunes de violencia contra la mujer es la infligida por su marido o pareja masculina. Este comportamiento incluye, agresiones físicas, maltrato psicológico, relaciones sexuales forzadas, diversos comportamientos dominantes como aislar a una persona de su familia y amigos, amedrentamiento y amenazas. La salud general y el bienestar social de las mujeres se ven seriamente afectados, al momento de experimentar estos actos por parte de su pareja actual o anterior (LI et al., 2020).

Estos actos son atentados contra los derechos humanos que no obedecen a ningún sistema político o económico, se da en todas las sociedades del mundo y sin distinción de clase social, raza, edad o cultura (EUSTACE et al., 2016).

Para entender mejor el problema de la VPI primero debemos entenderlo en su forma más amplia, es decir, la violencia en general. La OMS, (2021) define a la violencia como el “uso intencional de la fuerza física o el poder o como amenaza contra uno mismo, una persona o grupo personas o contra una comunidad que tiene como resultado la probabilidad de daño psicológico, lesiones, privación o la muerte.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada” (OMS, 2021).

La OMS define la VPI como el comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluidas la agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y las conductas de control (OMS, 2021).

Mientras que el Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) propone una definición más sencilla. “La VPI es el abuso o la agresión que ocurre en una relación romántica” (CDC, 2022). Según el mismo CDC un compañero o pareja íntima puede clasificarse en cónyuges (cónyuges casados, cónyuges de hecho, cónyuges en unión civil, parejas de hecho), novios/novias, compañeros de citas, parejas sexuales en curso. Las relaciones

íntimas de pareja incluyen actuales o anteriores y las personas pueden o no estar cohabitando, así como pueden ser del mismo sexo o del sexo opuesto.

La violencia de pareja del hombre hacia la mujer ha sido denotada por varios términos, tanto en el ámbito nacional como en el internacional (SANZ-BARBERO; et al., 2014). Tradicionalmente, el término “Violencia Doméstica” (“Domestic Violence”) ha sido el más utilizado para referirse a dicha problemática. Sin embargo, la violencia doméstica no es exclusiva de la pareja, ya que cualquier miembro del hogar puede ser víctima o agresor, sea mujer, hombre, anciano/a o hijo/a (EUSTACE et al., 2016).

Otro de los términos frecuentemente utilizado para referirse a la violencia de pareja ha sido el de “Violencia de Género”. Sin embargo, ésta se produce entre hombres y mujeres, fuera o dentro del hogar, tengan o no una relación de parentesco (CABRERA; et al., 2012). Por lo tanto, el término violencia de género no es exclusivo de violencia de pareja. Otros términos empleados en la literatura científica internacional para referirse a la violencia ejercida habitualmente por el hombre contra la mujer en el contexto de una relación íntima han sido “Violence Againsts Woman”, “Family Violence”, “Spouse Abuse”, “Wife Abuse” o “Marital Abuse”.

Más recientemente, el término que se viene utilizando en los ámbitos científicos nacional e internacional para designar este tipo de violencia es el de “Violencia del Compañero Intimo” (“Intimate Partner Violence”) (OMS, 2021).

### **2.1.2. Tipos de comportamiento violento**

La OMS clasifica la violencia en tres grupos según quien cometa el acto (RAFAEL et al., 2017). En el primer grupo se encuentran las personas con comportamientos suicidas, sean estos intentos o suicidio consumado, a este tipo de violencia se la denomina violencia autoprovocada (SAÚDE/MS, 2016; CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EN SAUDE RS, 2017).

El segundo grupo se refiere a los comportamientos violentos que ocurren entre personas (interpersonal) de un mismo núcleo familiar, sean entre una pareja, lo que constituye VPI, o entre los miembros de la familia, esto no significa que la agresión se da exclusivamente dentro de una vivienda (SAÚDE/MS, 2016). Este tipo de violencia se refiere a toda acción u omisión que lesione el bienestar, la integridad física, psíquica o la libertad y el derecho al pleno desarrollo de otra persona de la familia. Aquí el concepto de familia es importante, porque no solo se limita a lazos de consanguinidad. Sino que también se incluye al grupo de personas que mantienen una relación de convivencia, por ejemplo, los empleados o personas que viven juntas

esporádicamente. A este tipo de violencia se la denomina violencia doméstica o intrafamiliar (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EN SAÚDE RS, 2017).

El tercer grupo se refiere a los comportamientos violentos que ocurren entre personas del ámbito social en general. Se practica mediante la agresión a las personas, atentando contra su integridad y vida y/o sus bienes y constituye objeto de prevención y represión por parte de las fuerzas de seguridad pública y del sistema de justicia (policía, Ministerio Público y Poder Judicial). A este tipo de violencia se la denomina violencia extrafamiliar o comunitaria (CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EN SAÚDE RS, 2017).

La violencia física es cuando una persona lastima o trata de lastimar a su pareja usando la fuerza física. Estos actos van desde bofetadas, patadas, lanzamiento de objetos, quemaduras, mutilaciones, hasta heridas con arma de fuego o arma blanca.

La violencia sexual es forzar o intentar obligar a una pareja a participar en un acto sexual, tocamiento sexual o un evento sexual no físico (por ejemplo, sexting) cuando la pareja no da o no puede dar su consentimiento. La violencia sexual se caracteriza por los actos que, mediante coacción, chantaje, soborno o instigación, impiden el uso de cualquier método anticonceptivo o fuerzan el matrimonio, el embarazo, el aborto, la prostitución; o que limiten o anulen la autonomía y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la pareja.

La violencia psicológica es el uso de la comunicación verbal y no verbal con la intención de dañar a la pareja de forma mental o emocional y/o ejercer control sobre ella. También se identifica con toda forma de discriminación, falta de respeto, rechazo, menosprecio (VÁZQUEZ et al., 2020). Es toda acción que ponga en peligro o dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo de la pareja (ROJAS VELA, 2020).

El acecho es un patrón de atención y contacto repetidos y no deseados por parte de una pareja que causa miedo o preocupación por la propia seguridad o la seguridad de alguien cercano a la víctima (VÁZQUEZ et al., 2020).

### **2.1.3. Ciclo de la Violencia**

El ciclo de la violencia es un modelo desarrollado donde se explica la complejidad y la coexistencia del abuso con comportamientos amorosos (ILERNA, 2019). Es útil, para aquellos que nunca han experimentado violencia doméstica, entender que la ruptura del ciclo de la violencia es mucho más complicada que simplemente huir o salirse del ciclo (MARTINS, 2019). La forma en la que aparece y se instaura la violencia hacia la mujer es muy variada del mismo modo que también lo es, el tipo de maltrato que se ejerce, con unas peculiaridades y características determinadas en cada uno de los casos (PEREIRA, 2018). En muchos de los

casos se instaura de forma discreta y paulatina, de tal modo que cuando la mujer que lo sufre se da cuenta de lo que posiblemente esté ocurriendo ya es bastante difícil salir de la situación (MARTINS, 2019). Este ciclo comprende 3 fases:

La “Fase de Tensión” es caracterizada por una escalada gradual de los conflictos en la pareja. El agresor acumula gradualmente tensión y donde expresa mayormente frustración, intolerancia e irritabilidad, es frecuente que la mujer intente calmar, complacer o evitar las molestias a su agresor, tratando de controlar la situación (IA DE LA MUJER, 2021). En esta fase puede llegar a minimizar lo que está ocurriendo y en algunas ocasiones justificar estos incidentes, siendo estos de origen externos y no intrínsecos a la persona, por lo cual es habitual que la mujer piense que si desaparecen esos problemas externos, ya no ocurrirán más episodios violentos (SENKANS; MCEWAN; OGLOFF, 2020). Usualmente esto no es lo que ocurre sino lo contrario, estos episodios cada vez van incrementando con mayor escalada de agresividad.

La “Fase Aguda” o de Crisis es donde se hace totalmente visible la violencia, y esta puede ser físico, psicológico y/o sexual (ARCE CANO, 2019). Este es un periodo explosivo e impredecible, el agresor ha perdido el control y una mayor capacidad de ocasionar graves daños a la mujer, como lesiones e incluso a muerte (ARCE CANO, 2019). Dicho percance es causado producto del estado emocional del agresor o un evento externo, en vez de algo que la víctima haya hecho (IA DE LA MUJER, 2021). Durante este tipo de situación la víctima realiza acciones para sobrevivir al abuso recibido por su agresor. Mismas que pueden incluir acomodación a las demandas del abusador o tratar de escapar (LAWRENZ et al., 2019).

La “Fase de Calma o “Luna de Miel” es el momento en el que el agresor pasa a un periodo de calma y pide perdón a la víctima, denominada como la “Fase de luna de miel” y la promesa de que no volverá a ocurrir nunca más (ARCE CANO, 2019). Cambiando su actitud hostil/agresiva a ser amable y cariñoso. Él mismo cree que nunca más va a hacer daño a su pareja y que esa situación va a ser capaz de controlarla (ILERNA, 2019). El agresor puede lucir con aspecto vulnerable, causando en la víctima un sentimiento de culpa y responsabilidad por el bienestar del agresor, y termine siendo ella a responsable de agresión. Considerando que es el agresor quien necesita ayuda y en esas circunstancias no puede abandonarlo, sino intentar ayudarlo para solucionar el problema (ARCE CANO, 2019).

Existen algunas víctimas que declaran que nunca han experimentado un abusador arrepentido o amoroso, sino que simplemente ven una disminución de la tensión antes del inicio de un nuevo ciclo (VASCONCELOS; et al., 2016a). Una vez que este se inicia el ciclo, la mujer víctima de violencia, comienza a entrar y salir de la relación. Consecutivamente se necesitan muchos intentos para tomar una decisión definitiva y salir de la relación violenta. En este tipo

de situación los sentimientos de preocupación, culpa, e inseguridad por el bienestar de los niños juegan un rol importante, al momento de la toma de decisión de la víctima (SILVA, 2014).

## 2.2. Violencia de pareja íntima en el marco de la teoría del estrés

### 2.2.1. Conceptos y teorías del estrés

La teoría del estrés y su relación con la violencia fue planteada en el campo de estudio de la psicología en la segunda mitad del siglo XX y se ha desarrollado con aportes de diferentes campos del conocimiento con el objetivo principal de conocer cómo se genera la enfermedad en el ser humano (ANTEZANA MARROQUIN, 2021).

Aun en la actualidad las investigaciones del estrés y sus consecuencias continúan en constante evolución debido a la importante función del estrés en la memoria, el aprendizaje, el envejecimiento, las conductas adictivas, la salud mental y los cambios en la fisiología (MCEWEN, 2008).

La OMS define estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción” (OMS, 2021). Hans Selye lo definió como “la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga” (SELYE, 1976). El término estrés fue introducido al campo de la física por Robert Hooke en el siglo XVII conceptualizándose como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo (“estrés”) por la acción de otra fuerza externa (“carga”), que tiende a “distorsionar” dicho cuerpo. Walter Cannon en 1932 introdujo el término “homeostasis” y la expresión respuesta de “lucha o huida”. La homeostasis describe la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno (ARTURO, 2016), y la “lucha o huida” designa las respuestas fisiológicas que nos preparan para los esfuerzos extenuantes que se requieren para luchar o escapar frente a situaciones amenazantes (de aquí en adelante **estresor**) (CASTILLO, 2020)

Por lo general, una vez que se supera la lucha o la huida el estado fisiológico del cuerpo puede volver a la normalidad (homeostasis) (ARTURO, 2016). Las respuestas fisiológicas pueden tener efectos adversos a largo plazo en nuestra salud siempre y cuando estas respuestas de estrés sean continuas y esto sucede cuando las situaciones amenazantes también son continuas o cuando son tan intensas que provocan respuestas que pueden durar meses o años (ROMERO; et al., 2019). Esto significa que muchos de los efectos que perjudican la salud de las personas, se dan no por la influencia del estresor *per se* sino por nuestras reacciones ante ellos, es decir, nuestras respuestas fisiológicas.

En 1936, Hans Selye, traslado el termino estrés al campo de la biología y definió el Síndrome General de Adaptación (SGA). Este síndrome sostiene que el organismo, ante el estímulo de un estresor (demanda), genera una respuesta fisiológica que se compone de tres etapas (BLASCO ROS, 2012). Fase inicial (alarma) es cuando se detecta la presencia del estresor. Segunda fase (adaptación o resistencia) es cuando se moviliza el sistema de respuesta volviendo al equilibrio (homeostasis), este proceso se denomina “Alostasis”. Tercera fase (agotamiento) es cuando el estresor se prolonga en el tiempo y surgen alteraciones relacionadas con el estrés crónico (MUZIO, 2012).

Para analizar el estrés y su impacto en el cuerpo han surgido varios enfoques: teoría de la respuesta al estrés, teorías basadas en el estímulo y teorías de interacción. Pero a finales del siglo XX, de la mano del neuroendocrinólogo Bruce McEwen surge un nuevo marco conceptual centrado en los mecanismos biológicos implicados en la adaptación del individuo a su ambiente continuamente cambiante, las fases de este enfoque se detallan en la **Tabla 1**. Según MCEWEN, (2000) “El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual.

**Tabla 1. Fases del enfoque de mecanismos biológicos**

McEwen	Descripción
Homeostasis (Equilibrio)	Estabilidad de los sistemas fisiológicos esenciales para la vida
“Alostasis”	Mecanismo fisiológico que mantiene la homeostasis. A través del eje HPA y el sistema nervioso autónomo (SNA)
“Carga Alostática”	Situación en la que hay demasiada Alostasis o está siendo regulada de manera ineficaz, dando lugar a daño cerebral y a una alteración en la respuesta inmunitaria.
“Sobrecarga Alostática”	Sucede cuando la exposición al agente estresante es excesiva, repetitiva y prolongada en el tiempo.

Fuente: Elaboración propia a partir de MCEWEN, (2000).

### 2.2.2. Estrés psicosocial y respuesta fisiológica

Los estresores pueden clasificarse en categorías no excluyentes según: a) el contexto en el que se producen (estresor de laboratorio vs. estresor natural); b) la naturaleza del estresor (estresor físico vs. estresor psicosocial); c) la duración del estresor (estresor agudo vs. estresor crónico) (ROMERO; et al., 2019). Los estresores con los que normalmente trata el ser humano

son de tipo social, es decir, se generan en el contexto social en el que el individuo está inmerso (PICÓ-ALFONSO, 2005). Es así que, los términos estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial se usan como sinónimos para referirse al estrés psicosocial y este último se refiere a relaciones interpersonales conflictivas (estresores) que pueden desencadenar la respuesta de estrés (SAVALL RODRÍGUEZ, 2015). La violencia de pareja íntima es un ejemplo de estresor psicosocial.

En una situación marital de violencia del hombre hacia la mujer (estresor) el cuerpo de la mujer activa de forma inmediata una respuesta fisiológica a dicho estrés (de aquí en adelante RFE). Es decir, el cuerpo se prepara mediante una serie de mecanismos fisiológicos para destinar una gran cantidad de energía para luchar o huir.

Esta RFE inicia en el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual secreta adrenalina (A) y noradrenalina (NA). La adrenalina afecta al metabolismo de la glucosa, haciendo que se pueda disponer de los nutrientes almacenados en los músculos para conseguir la energía requerida. Junto con la noradrenalina, esta hormona aumenta también el aporte sanguíneo que reciben los músculos, incrementando el gasto cardíaco (aumenta presión arterial y a largo plazo, contribuye a las enfermedades cardiovasculares) (CASTILLO, 2020). Simultáneamente, el núcleo paraventricular del hipotálamo es estimulado para segregar la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRH) que, como su nombre lo dice, libera a la Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH). La ACTH estimula la corteza suprarrenal produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (ALHALAL; FALATAH, 2020a). Cuatro sistemas intervienen en este mecanismo de respuesta al estrés: la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune (CARMIÑA GARCÍA, 2018). Bajo condiciones normales, estos sistemas se coordinan para mantener la homeostasis. La pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, pudiendo dar lugar a la aparición enfermedades (ROMERO et al., 2019).

### **2.2.3. Relación del estrés y los sistemas nervioso, inmune y endocrino**

La respuesta al estrés inicia en el sistema nervioso central junto con los tres sistemas encargados de mantener la homeostasis: sistema inmune endocrino y nervioso autónomo (ROMERO et al., 2019).

El sistema nervioso autónomo (SNA) es un complemento de sistema nervioso, donde su objetivo principal es mantener la homeostasis y reaccionar a los cambios sean estos externos e internos. Mismo que está compuesto por dos partes: el sistema nervioso simpático y el sistema nervioso parasimpático, parte de este sistema se activa, parte se inhibe (ODEÓN; et al., 2015).

En este sistema interviene en la circulación, el metabolismo, la digestión, las respuestas inmunes, la reproducción, y la temperatura corporal (ROMERO et al., 2019). El sistema nervioso simpático prepara al cuerpo para las respuestas rápidas en situaciones de estrés, donde las proyecciones originadas en el cerebro, se conectan por medio la médula espinal, permitiendo la activación con casi todos los órganos, vasos sanguíneos y glándulas sudoríparas del cuerpo (CASTILLO, 2020).

El sistema nervioso autónomo ante una respuesta a una amenaza, la división simpática coloca al individuo en un estado de alerta, lo que conlleva a mantener la integridad y garantizar la supervivencia del organismo (CASTILLO, 2020). Cuando este sistema se activa, el hipotálamo desencadena la activación de las glándulas suprarrenales, generando un conjunto de reacciones que se definen como respuesta de alarma, descrita anteriormente por Cannon. Entre ellas las más evidentes son: sudoración, broncodilatación, la dilatación pupilar, aumento de la actividad cardíaca y presión arterial, y la inhibición de funciones digestivas urinarias y genitales.

Esta reacción cascada permite que las glándulas liberen catecolaminas: adrenalina y noradrenalina (CARMIÑA GARCÍA, 2018). Ésta es una respuesta rápida del llamado eje SAM (Simpat-Adreno-Medular) (CASTILLO, 2020). Como consecuente el sistema nervioso parasimpático, se inhibe, midiendo las funciones vegetativas, que promueven el crecimiento y el almacenamiento de energía (ROMERO, 2015). La respuesta del sistema parasimpático se relaciona con funciones protectoras y de conservación, lo que ayuda con el correcto funcionamiento de los diferentes órganos viscerales. Cuando existe una estimulación en los núcleos de neuronas parasimpáticas va a promover respuestas como: constricción pupilar, para proteger la retina de un exceso de iluminación, disminución de la frecuencia cardíaca, para evitar una actividad excesiva, broncoconstricción, para proteger los pulmones, aumento de la motilidad y secreciones digestivas, a fin de favorecer la digestión, actividad urinaria y micción (ODEÓN et al., 2015).

#### **2.2.4. Acción del estrés sobre el sistema Inmune**

El sistema inmune tiene como objetivo principal defender a cuerpo de agentes patógenos, como los virus o bacterias, que son los responsables de causar enfermedades (ABBAS et al, 2020). La acción que causa el estrés sobre este sistema es la inmunosupresión a través de los glucocorticoides, lo que produce atrofia del timo y dificulta la formación de nuevos linfocitos T, mismos que se forman en las células madre en la médula ósea, actuando como una barrera protectora antes las posibles infecciones que estas puedan causar, así como también a

combatir el cáncer. Esta compleja interacción celular, se encuentra regulada por la acción de las citoquinas (proteínas indispensables del crecimiento y la activación de otras células) (GRUPPI et al., 2013).

Los principales mediadores de estrés son la adrenalina y noradrenalina, las catecolaminas y los glucocorticoides, estos ejercen un funcionamiento directo sobre en las células inmunes, mismas que se acoplan a sus receptores específicos, situados en el citoplasma y membrana celular (SANTIAGO PRADA, 2018). Mismo que ejercen de manera negativa en la producción de citocinas como el factor de necrosis tumoral, interferón (proteínas secretadas por las células anfitrionas en respuesta a la presencia de agentes patógenos, y células cancerígenas) y las interleucinas. Todas necesarias para la movilización y maduración y linfocitos y otras células inmunitarias (ODEÓN et al, 2015).

### **2.2.5. Acción del estrés sobre el sistema Endocrino**

El sistema endocrino o sistema de glándulas de secreción interna, conformado por tejidos y órganos, los cuales secretan un tipo de sustancias llamadas hormonas (CARMIÑA GARCÍA, 2018). En dicho sistema también se encuentra localizado el hipotálamo y la hipófisis, que además es parte de sistema nervioso. Estos son los responsables de la producción de hormonas, donde su principal función es regular la actividad de los órganos diana tanto en el sistema inmune como en el sistema nervioso (ABBAS et al, 2020).

La respuesta a estrés es dada mediante el eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales (HHA). El hipotálamo secreta la hormona liberadora de corticotropina (CRH), estimulando las células corticotropina de la adenohipófisis para que segregación de la hormona Adrenocorticotrópica (ACTH). Cuando se libera la Adrenocorticotrópica, estimula la corteza de las glándulas suprarrenales donde se encuentran sus receptores y se une produciendo un efecto fisiológico provocando la liberación del glucocorticoides, siendo en el ser humano el cortisol, el glucocorticoides más importante (ROMERO et al., 2019).

## **2.3. Políticas relacionadas con la violencia de pareja íntima**

El referencial jurídico comprende un recorrido a nivel internacional, regional y brasileño de los principales esfuerzos en materia jurídica adoptados para combatir la violencia contra la mujer. Resaltando cifras de vital importancia relacionadas con la violencia en cada nivel geográfico.

### 2.3.1. Políticas a nivel internacional de la violencia contra la mujer

La violencia contra la mujer es un problema mundial que afecta gravemente la salud y el bienestar de las mujeres y la mayor parte de esta violencia es perpetrada por sus parejas íntimas o exparejas. Según la OMS se estima que a nivel mundial el 27% de las mujeres entre 15 y 49 años de edad (alrededor de 640 millones de mujeres) han experimentado VPI a lo largo de su vida (OMS, 2021). La adversa realidad que atraviesan algunas mujeres víctimas de VPI ya ha sido bien documentada en cifras, pero surge una importante pregunta ¿qué solución se ha implementado en las esferas políticas a nivel mundial para combatir la VPI? Desde mediados del siglo pasado organizaciones internacionales como la ONU, la OMS, el PNUD, etc., han venido desarrollando documentos jurídicos con el fin de establecer directrices y metas a seguir para todos los países en materia de violencia contra la mujer.

En 1948 la ONU proclamó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, para reconocer que hombres y mujeres somos iguales en derechos y libertades. Luego de 31 años, en 1979 se adoptó la *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* para combatir actos de discriminación y la supresión de derechos. En 1993 la *Conferencia Mundial de Derechos Humanos* reconoció la violencia contra la mujer como un atentado a los derechos humanos. En 1994, la *Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* reconoce que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos (ONU, 1993):

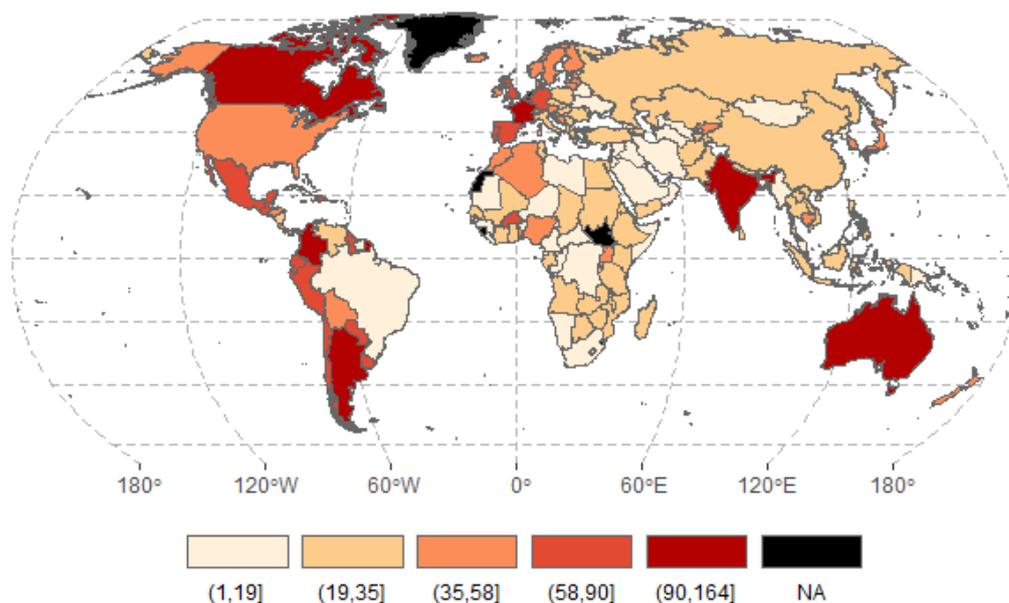
- La violencia física, sexual y psicológica originada en la familia, donde se incluyen, el abuso sexual de las niñas en el hogar, agresión física, la violación por parte del cónyuge, la mutilación genital femenina y otras prácticas contraproducentes para la mujer. Siendo también considerados los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia.
- La violencia física, sexual y psicológica consumada dentro de la comunidad en general, siendo el abuso sexual, la violación, el acoso e intimidación laboral, la trata de mujeres y la prostitución forzada.
- La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. En 1994 la Asamblea General de la ONU realizó la *Convención Interamericana para Intervenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*, donde se exige a los gobiernos implementar medidas de prevención y erradicación de la violencia contra la mujer. En el año 2000 se llevó a cabo la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas donde 189 países signatarios acordaron 8 objetivos a cumplir para el 2015 llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio. Los cuales son: 1) Erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2)

lograr la enseñanza primaria universal, 3) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, 4) reducir la mortalidad infantil, 5) mejorar la salud materna, 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y 8) fomentar una asociación mundial para el desarrollo (UN, 2000).

En 2006 se publicó el *Estudio a fondo de la violencia contra la mujer* elaborado por la División para el Adelanto de la Mujer de la ONU. El documento contiene, entre otros temas, el contexto y causas de la violencia y constituye el primer informe exhaustivo sobre el tema. Posteriormente, en el 2015 durante la cumbre de las Naciones Unidas se emitió el documento “*Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible*” que contiene 17 nuevos objetivos para el año 2030. Tanto en los objetivos que estaban previstos para el 2015 como en los que están previstos para el 2030 se toca el tema de violencia contra la mujer con todas sus vertientes. En la agenda 2015 los objetivos 3 y 5 abordan temas específicos de la mujer. Objetivo 3 “Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”, objetivo 5 “Mejorar la salud materna” (LU et al., 2015). Mientras que en la agenda 2030 reconoce que las mujeres y las niñas son sujetos de discriminación y violencia en todos los lugares del mundo (CEPAL, 2019). Por lo tanto, se estableció el objetivo 5 “Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”.

En los últimos 30 años, y principalmente a partir de la convención de 1994, los gobiernos han venido aumentando paulatinamente el número de recursos jurídicos e institucionales para combatir la violencia, y en la actualidad la mayoría de los países dispone de un gran número de mecanismos legales (ver **Figura 1**). Por ejemplo, en Estados Unidos se creó el *Comité Asesor Nacional sobre la Violencia contra la Mujer* el mismo año de la convención, un año después, en 1995 se creó la *Oficina de Violencia Contra La Mujer* y la *Ley Federal de Prohibición de La Mutilación Genital Femenina*. En Francia se creó el Código Penal de 1994 el cual contiene disposiciones sobre la violación, otras agresiones sexuales y el acoso sexual. En 1995 se creó el *Observatorio de la Paridad entre Mujeres y Hombres*.

En Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte se creó la *Ley de justicia penal y orden público de 1994*, la cual tipifica específicamente como delito la violación en el matrimonio. En 2014 la ONU conjuntamente con la OMS, el PNUD y la UNODC publicaron el *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014*. Este comprende un análisis de las políticas de violencia contra la mujer realizado a 133 países.



**Figura 1. Mapa mundial de las medidas jurídicas de violencia contra la mujer.**

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la <sup>1</sup>Base de Datos Mundial sobre la Violencia contra la Mujer.

El informe sostiene que el 98% de los países han promulgado leyes contra la violación, el 87% de los países han promulgado leyes contra la violencia doméstica. En promedio, un 80% de los países han promulgado leyes para la prevención de la violencia contra la mujer, pero solo algo más de la mitad notifican que las leyes se aplican en su totalidad (OMS, 2014).

### **2.3.2. Políticas a nivel latinoamericano de la violencia contra la mujer**

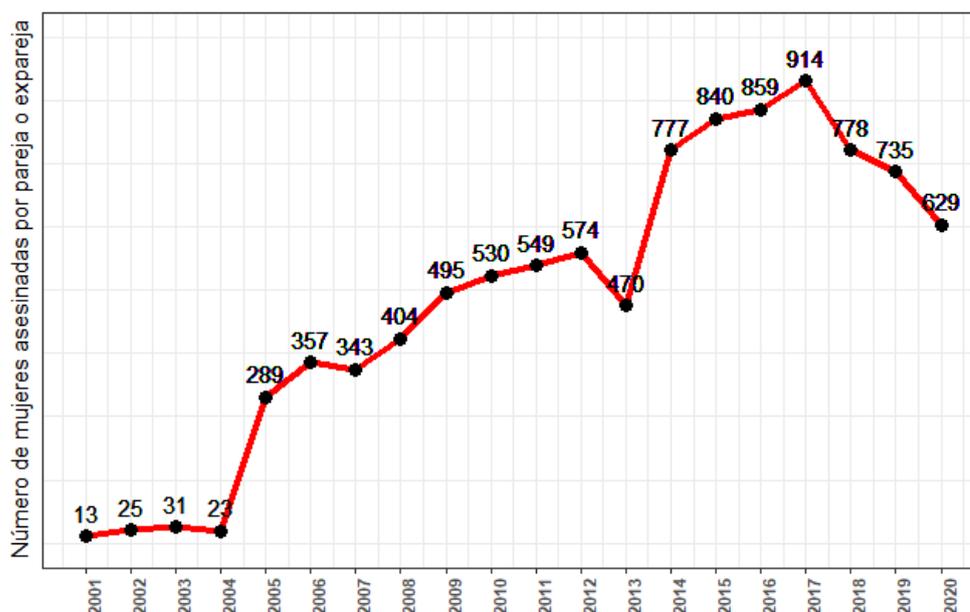
En América Latina y el Caribe (ALC) las estadísticas sobre la violencia contra la mujer son alarmantes, a pesar de las diversas estrategias que se realizan constantemente para crear conciencia. En los primeros 20 años del presente siglo, en ALC se han reportado 9.635 asesinatos de mujeres por parte de sus parejas o exparejas (ver **Figura 2**). El país donde se han cometido más asesinatos por VPI durante estos 20 años es Colombia con 1.949 muertes registradas (20,23% del total de 9.635), seguido de República Dominicana con 1.497 (15,54%), Argentina con 1.125 muertes (11,68%) y Perú con 1.073 (11,14%). Solo estos cuatro países

<sup>1</sup> El mapa muestra el número de medidas legales divididas en quintiles por país. Estos incluyen leyes, reformas de leyes, creación de comisiones, creación y adecuación de instituciones, planes de acción social y económica, planes, presupuestos, informes e investigaciones oficiales del estado, iniciativas públicas, etc. Todo ello está íntimamente relacionado con la lucha contra la violencia contra las mujeres. Estos registros provienen de la base de datos global de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer. La base de datos contiene un total de 5.614 registros de medidas legales en todo el mundo desde 1789 hasta 2022 (la fecha límite para cada acto legal varía de un país a otro). Sin embargo, el 82% de los registros se concentraron entre 2000 y 2016.

representan el 58,58% del total de asesinatos. En el periodo comprendido entre los años 2014 y 2017 se cometieron 3.390 asesinatos en la región, es decir, un promedio de 847 crímenes por año, siendo los mismos 4 países antes mencionados los que lideraron el ranking en tal periodo. Estas cifras muestran que la VPI es un problema no menor en ALC, y aunque los crímenes estén mostrando tendencia a disminuir desde el año 2018, aún siguen siendo altos.

Bott et al., (2019) describieron la prevalencia de la VPI basada en estimaciones nacionales en todos los países de ALC desde 1998 a 2017. La evidencia basada en la población confirma que la VPI contra las mujeres sigue siendo un problema generalizado de salud pública y derechos humanos en las Américas. Esto resalta la necesidad de una inversión mayor y sostenida en la prevención y respuesta a la VPI. La legislación vigente en los países de la región para hacerle frente a la VPI se enmarca en los instrumentos internacionales de derechos humanos presentados en el apartado anterior.

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal) es el organismo supranacional representante de la ONU en ALC que promueve políticas y acciones de lucha contra la VPI. En 1977 se celebró en Cuba la *Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, que paso a convertirse en el principal foro intergubernamental sobre los derechos de las mujeres en la región (CEPAL, 2019).



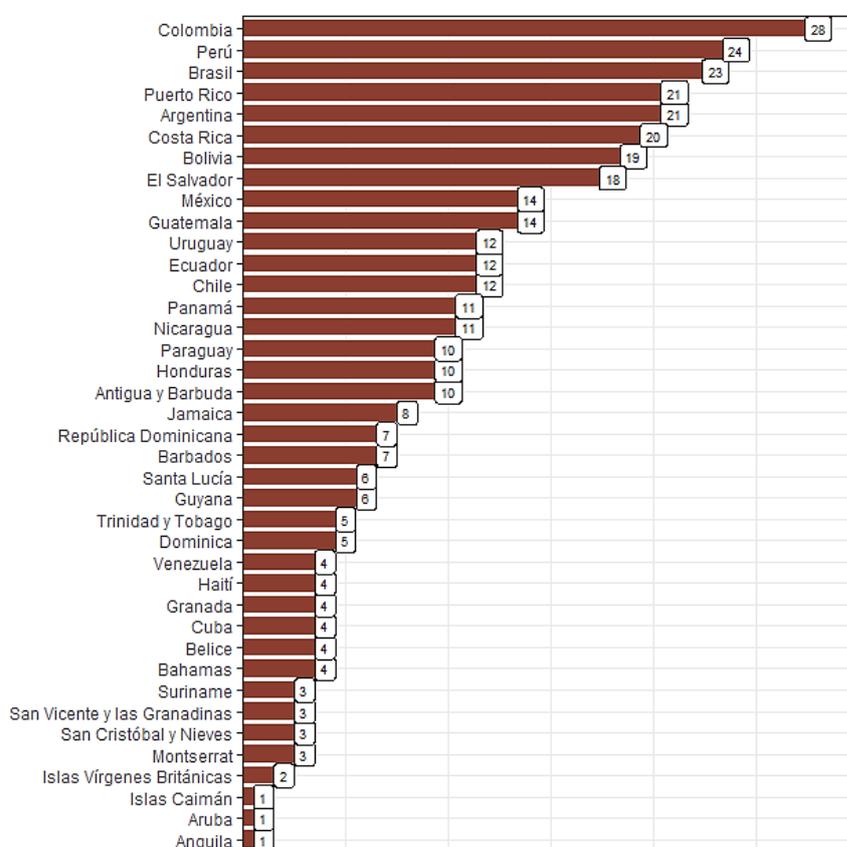
**Figura 2. Evolución de los registros de femicidios por VPI en ALC en el periodo 2001- 2020.**

**Fuente: Elaboración propia con datos públicos de la Cepal.**

A partir de la conferencia de 1977 se han realizado 13 conferencias más con una periodicidad de 3 a 4 años, lo que se ha denominado Agenda Regional de Género. De esta Agenda derivan acuerdos entre los países de ALC denominados consensos, que representan

iniciativas de política pública sobre temas relacionados a la mujer, derechos humanos, población y desarrollo, entre otros temas, algunas de carácter obligatorio para los países. En los temas relacionados a la mujer estos consensos se sustentan en tres ejes principales: autonomía económica, autonomía física y autonomía en la toma de decisiones (CEPAL, 2019). Frutos de los consensos fueron creados algunos instrumentos jurídicos, entre otras acciones, para los países de ALC en la prevención de la violencia contra la mujer.

El número de leyes que en la actualidad reposan en los registros del <sup>2</sup>Observatorio de Igualdad de Género de la Cepal se describen en la **Figura 3**. Estas leyes incluyen temas sobre violencia doméstica, protección a las víctimas, delitos sexuales, tráfico de personas, delitos de acoso laboral y callejero, leyes que tipifican el delito de feminicidio, leyes sobre la difusión de imágenes íntimas por medios electrónicos, leyes para la creación de órganos especializados contra la violencia, leyes sobre la implementación de sistemas de registro de los casos de violencia, entre otros.



**Figura 3. Leyes de violencia contra la mujer en los países de ALC.**

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Observatorio de Igualdad de Género de la Cepal.

<sup>2</sup> La base de datos legal sobre violencia del Observatorio Latinoamericano y Caribeño de Género incluye actualmente más de 380 reguladores, clasificados por país, de 38 países de América Latina y el Caribe, así como la legislación española y portuguesa en esta materia.

Del gráfico anterior destaca el hecho de que Colombia, Perú y Argentina estén liderando los rankings de países con mayor número de leyes para prevenir la violencia contra la mujer, y al mismo tiempo sean los países con mayor número de asesinatos a mujeres cometidos por sus parejas actuales o exparejas. Esto podría sugerir que generar un mayor número de leyes o políticas a favor de la mujer no constituye *per se* una herramienta con la suficiente eficacia para la causa de la mujer.

### **2.3.3. Políticas de Brasil de la violencia contra la mujer**

Según el Mapa de Violencia contra las Mujeres de 2018, entre los meses de enero y noviembre del mismo año, la prensa brasileña reportó 14.796 casos de violencia doméstica y familiar contra la mujer. Según el Anuario Brasileño de Seguridad Pública 2019, 1.206 mujeres fueron víctimas de feminicidio en el año 2018. De este total, el 88,8% fueron víctimas de pareja actual o expareja. Según datos del <sup>3</sup>Sistema de Información de Mortalidad de Brasil los homicidios y suicidios de mujeres han tenido un crecimiento constante desde mediados de la década de 90 (ver **Figura 4**) y hasta el año 2020 se han registrado 100.063 asesinatos de mujeres en un periodo de 26 años.

El gobierno de Brasil ha venido promulgando varias leyes y decretos para frenar las olas de violencia contra la mujer. El primero se encuentra en el Artículo 226, parágrafo 8 de la Constitución Política del Brasil, que trata el deber del estado de prohibir la violencia en el ámbito de las relaciones familiares. En el 2001 un año después de la octava conferencia regional sobre la mujer de ALC realizada en Lima, el gobierno de Brasil modifica el Código Penal de 1940 para tipificar como delito el acoso sexual y otros actos.

En el 2004, mismo año que se celebró el consenso de México (novena conferencia regional sobre la mujer de ALC), el cual insto a los gobiernos de la región a adoptar medidas para eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, incluidas la violencia familiar. El gobierno de Brasil mediante la ley 10.886 tipificó como violencia doméstica la agresión infligida por un ascendiente, descendiente, hermano, cónyuge o compañero que conviva o haya convivido con la víctima.

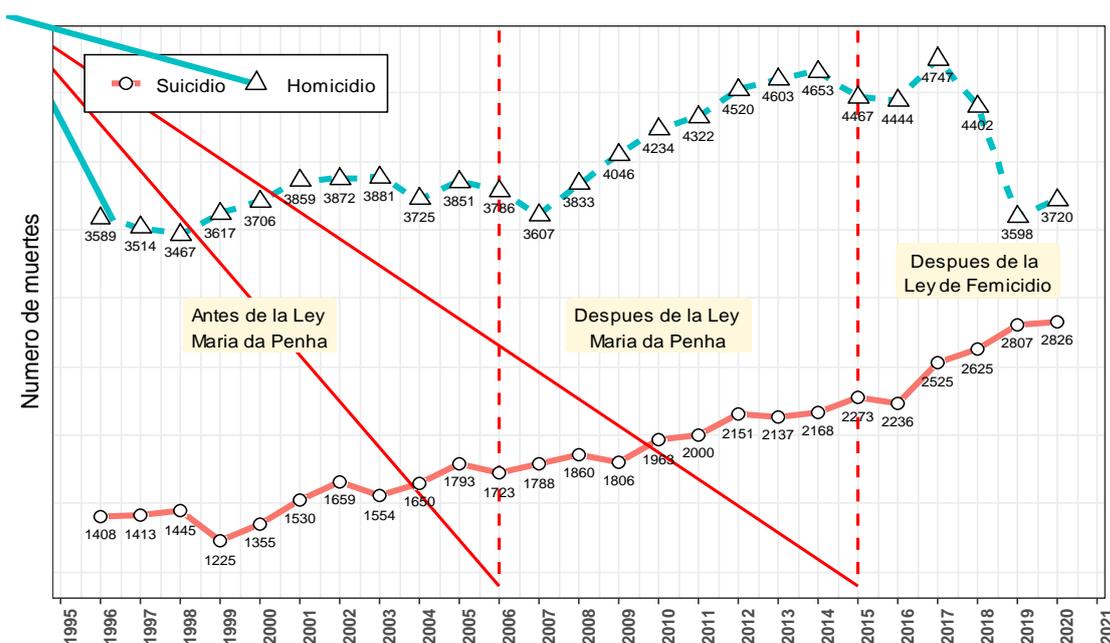
---

<sup>3</sup> El Sistema de Información de Mortalidad (SIM) es implementado por la Secretaría de Vigilancia en Salud del Ministerio de Salud. SIM registra todas las muertes naturales y no naturales (externas). Las causas externas incluyen accidentes, suicidios y asesinatos. Es importante señalar que los registros de homicidios no especifican quién causó la muerte. Así, los registros aquí presentados pueden corresponder a la muerte de una mujer por un hombre o a la muerte de una mujer por otra mujer.

De todas las políticas públicas diseñadas por el gobierno de Brasil para combatir la violencia contra la mujer (ver **Tabla 2**), sin duda alguna la más representativa es la ley María da Penha, creada en agosto de 2006 con el objetivo de:

*“Crea mecanismos para frenar la violencia doméstica y familiar contra la mujer, de conformidad con el art. 226 de la Constitución Federal, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer” (LEI MARIA DA PENHA, 2006).*

Otra ley de gran importancia es la Ley de Femicidio creada en marzo de 2015, donde se tipifica el feminicidio en el Código Penal. Se entiende por feminicidio cuando la agresión implica desprecio o discriminación contra la condición de mujer y tales lesiones o problemas de salud conducen a su muerte, según el mapa de la violencia contra la mujer (SETIC-UFSC, 2018). Esta ley también establece normas para proteger a las mujeres víctimas de violencia doméstica, con la posibilidad de conceder medidas de protección urgentes y referencias para servicios de cuidado infantil, vigilancia y abrigo cuando sea necesario. Esta Ley aumenta las penas desde 33% hasta 50% de tiempo de cárcel si el crimen fue perpetrado en las siguientes condiciones: a) durante el embarazo o en los 3 meses posteriores al parto; b) contra persona menor de 14 (catorce) años, mayor de 60 años o con deficiencia; c) en presencia de descendientes o ascendientes de la víctima.



**Figura 4. Evolución de los registros de los homicidios y suicidios en mujeres de Brasil del año 1995 al 2021. Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información de Mortalidad de Brasil.**

Un aspecto importante en las leyes es que sean realmente efectivas para atacar el problema para el cual fue diseñada. El gráfico de la figura 4, está dividido en 3 segmentos antes de la ley María da Penha, después de la ley María da Penha, y después de la ley de feminicidios. Aquí se observa que el número de homicidios a mujeres aumento después de que la ley María da Penha entro en vigor. De hecho, el mayor número de registros de homicidios se ha dado entre los años 2007 y 2017, es decir, 11 años después de la ley, en estos 11 años se contabilizan 47.476 asesinatos, esto equivale a un promedio de 4.316 asesinatos de mujeres por año. Esto podría darnos una idea de la efectividad de la ley María da Penha.

A parte de las leyes existen programas de apoyo hacia las mujeres víctimas de violencia como la Red de Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Red de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia. Los cuales están conformados por agentes, que garantizan el derecho de acceso de las mujeres a la atención especializada y no especializada, mismos que formulan, supervisan e implementan políticas para las mujeres.

Los servicios de la Red de Atención a la Mujer, por su parte, incluyen Comisarías Especializadas de Atención a la Mujer (DEAM), Centros de Referencia de Atención a la Mujer, Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS), Juzgados de Violencia Doméstica y Familia Contra la Mujer, defensoras de la mujer, Casas Abrigo Central de atendimento a la mujer, procuradoras de la mujer, Servicios Especializados de Salud para la Atención de Casos de Violencia contra la Mujer y Defensorías Públicas. La **Tabla 2** enumera y detalla todas las leyes que actualmente el gobierno de Brasil tiene en vigor para combatir la violencia contra a mujer.

**Tabla 2. Leyes de Violencia contra la mujer en Brasil**

Año	Leyes	Descripción
2021	 Ley 14.188	En la Ley "Sinal Vermelho", el programa de cooperación contra la violencia doméstica se define como una de las medidas para combatir la violencia doméstica previstas en la Ley María da Peña.
2020	 Ley 14.002	Leyes por las que se adoptan medidas para combatir la violencia doméstica contra las mujeres, los niños, los jóvenes, las personas mayores y las personas con discapacidad durante la crisis del coronavirus
2019	 Ley 13.882	Ley que modifica la Ley María da Penha para garantizar la admisión de las familias de las mujeres víctimas de violencia doméstica en la institución de educación primaria más cercana a su lugar de residencia
2019	 Ley 13.880	Modificación de la ley en la Ley María da Penha para "desarmar al agresor" en el caso de un registro de armas de fuego.

**Fuente: Elaboración propia. Datos del Observatorio de Igualdad de Género de la Cepal 1998 - 2021.**

### Continuación de la Tabla 2.

Año	Leyes	Descripción
2019	 Ley 13.827	Una Ley que modifica la Ley María da Penha para permitir que las autoridades judiciales o policiales tomen medidas de protección de emergencia contra las mujeres o sus familiares que son víctimas de violencia doméstica.
2019	 Ley 13.931	Las mujeres que reciben tratamiento en los servicios de salud públicos y privados deben ser informadas si hay evidencia o prueba de abuso en su contra y serán denunciadas a la policía dentro de las 24 horas.
2019	 Ley 13.894	Leyes que modifican la Ley María da Penha para dar competencia a los tribunales sobre violencia contra la mujer en casos de violencia doméstica, divorcio, separación legal, nulidad o disolución de uniones consanguíneas.
2019	 Ley 13.871	Ley que modifica la Ley María da Penha para resarcir a los agresores de los gastos relacionados con los servicios médicos prestados por el SUS a las víctimas de violencia doméstica
2018	 Ley 13.772	Leyes que modifican la Ley María da Pena y el Código Penal para reconocer la violencia doméstica como una violación a la privacidad de las mujeres y sancionar la grabación no autorizada de contenidos que contengan escenas de desnudez íntima y privada o sexo pornográfico.
2018	 Ley 13.718	Leyes que penalizan la "violación" y la publicación de imágenes de violaciones.
2018	 Ley 13.641	La ley prevé la responsabilidad penal por el incumplimiento de las medidas de protección de emergencia, que puede ser sancionada con pena privativa de libertad de hasta 2 años.
2018	 Ley 13.642	Leyes que autorizan a la policía federal a investigar delitos que difunden contenido de odio a través de redes informáticas globales.
2017	 Ley 13.505	La ley añadió disposiciones a la Ley María da Penha que permitían que las mujeres que habían sufrido violencia recibieran atención policial especial de las empleadas domésticas.
2015	 Ley 13.239	La ley proporciona a las mujeres que han sido víctimas de violencia el acceso a la cirugía plástica reconstructiva para hacer frente a los efectos del sistema SUS.
2015	 Ley 13.104	Leyes de feminicidio. El feminicidio está tipificado en el Código Penal.
2013	 Ley 12.845	Leyes que brinden atención de emergencia integral y multidisciplinaria en hospitales a víctimas de violencia sexual.
2013	 Decreto 7.901	Decreto sobre el establecimiento de una estrategia para combatir la trata de personas y la creación del Comité Nacional contra la Trata de Personas
2008	 Decreto 6.347	Leyes que reglamenten y formulen el programa nacional de lucha contra la trata de personas.
2006	 Ley 11.340	Ley de María da Peña. Definir la violencia doméstica como una forma de violación de los derechos humanos.
2004	 Ley 10.886	La ley clasifica como violencia doméstica cometida por un padre, hijo, hermano, cónyuge o pareja que vive o ha vivido con la víctima.
2003	 Ley 10.778	Ley de Denuncia Obligatoria de la Violencia contra la Mujer.
2001	 Ley 10.224	Modificar el Código Penal de 1940 para tipificar como delito el acoso sexual y otras conductas.
1998	Constitución	El inciso 8 del artículo 226 se refiere a la obligación del Estado de prohibir la violencia en las relaciones familiares.

A pesar de los esfuerzos en políticas públicas en la lucha contra la violencia hacia la mujer, todavía existen un aumento considerable en los casos de violencia. A pesar de un amplio conocimiento de la Ley María da Penha y de las Comisarías de la Mujer, los servicios de apoyo a las mujeres en situación de la violencia son poco conocidos (IPEA, 2021). La Ley María da Penha fue ampliamente generalizado con el objetivo de abordar el problema, con conceptos legales y metodologías. Sin embargo, existen grandes dificultades para aplicarlo, existen serios problemas estructurales, que aún son limitados y no cubren adecuadamente todas las etapas del proceso de denuncia, investigación y juzgamientos. La red de protección contra la violencia de la mujer, no se limita a las instituciones de seguridad y justicia. Las Comisarías de la Mujer son de las más numerosas, en cuanto a instituciones promotoras en el abordaje de la violencia contra las mujeres (IPEA, 2021).

En Ecuador un país soberano y plurinacional, ubicado en la región noroccidental de América del Sur. Es el décimo país más poblado de América, con más de dieciocho millones de habitantes, el más densamente poblado de América del Sur y el quinto más densamente poblado en toda América (WIKIPEDIA, 2022). En los últimos años en Ecuador la violencia contra la mujer se ha convertido en un problema de gran magnitud, si bien la violencia no es un fenómeno nuevo, en las últimas décadas se ha presenciado un aumento alarmante en los casos de violencia, generando impactos a nivel socioeconómico, político y cultural (CHÁVEZ et al., 2016). En Ecuador en los últimos 7 años se registraron 499 femicidios y 710 muertes violentas. Según datos de INEC (Instituto nacional de estadísticas y censos ) 65 de cada 100 mujeres sufrió algún tipo de violencia física, sexual, psicológica o patrimonial (INEC, 2021).

En la nueva constitución de Ecuador aprobada en el 2008, el estado se compromete a garantizar la integridad y la protección de las personas en todo el territorio nacional (DEL ECUADOR, 2008). En el 2018 la Asamblea Nacional, de conformidad con las atribuciones que le confiere la Constitución de la República del Ecuador y la Ley Orgánica de la Función Legislativa, discutió y aprobó el ***Proyecto de Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres*** (ASAMBLEA NACIONAL DE ECUADOR, 2018). El objeto de la presente Ley es prevenir y erradicar todo tipo de violencia contra las mujeres, niñas, adolescentes, jóvenes, adultas y adultas mayores, en toda su diversidad, en los ámbitos público y privado, en especial, cuando se encuentran en múltiples situaciones de vulnerabilidad o de riesgo, mediante políticas y acciones integrales de prevención, atención, protección y reparación de las víctimas; así como a través de la reeducación de la persona agresora y el trabajo en masculinidades (ASAMBLEA NACIONAL DE ECUADOR, 2018).

## CAPÍTULO III

### 3. MODELO ECOLÓGICO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA

Después de comprender las definiciones y tipos de VPI, es importante entender las causas que generan el comportamiento violento entre las parejas. Ya que comprender que causa este problema social, es un paso vital para prevenirlo (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1996). Para esto se abordará el modelo teórico propuesto por la OMS para explicar las causas de la violencia, llamado modelo ecológico. Este modelo surge como una estructura para comprender los múltiples contextos dentro de los cuales ocurre la violencia y las interacciones entre los factores de riesgo en cada uno de estos contextos y entre ellos. ¿Por qué surge este modelo de múltiples contextos?

Porque entre los años 1970 y 1980, la comprensión de la VPI se abordó principalmente mediante un enfoque unidisciplinario desde ciencias como la criminología, sociología, psicología y teoría feminista de manera aislada (HEISE, 2011). Esto resultó en la propuesta de factores agregados para explicar las causas de la VPI, el patriarcado, la desventaja social y económica, el aprendizaje social basado en el comportamiento de los padres y la psicopatología (HEISE, 2011). Entonces cuando se atribuye las causas de la VPI a un ente omnipotente como el patriarcado, es natural que surjan críticas y la búsqueda de teorías más ajustadas a la realidad.

A partir del año 1990 muchas investigaciones han demostrado que los factores que contribuyen a la violencia son modificables (ADHIA, 2018), y sostuvieron que la violencia debe ser abordada desde una perspectiva interdisciplinaria basado en la interacción entre varios factores (HEISE, 1998), por ejemplo, factores personales (características propias de la persona), factores situacionales (el contexto en el que vive esa persona y se relaciona con el medio) y factores socioculturales (creencias arraigadas que moldean el comportamiento de la sociedad). Ningún factor "causa" violencia, más bien, es probable que la violencia ocurra a medida que los factores interactúan en diferentes niveles de la ecología social (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 1996).

El paradigma resultante se conoció como el "marco o modelo ecológico" (ver **Figura 5**). El marco ecológico se basa en la evidencia de que ningún factor puede explicar por qué algunas personas o grupos corren un mayor riesgo de violencia interpersonal, mientras que otros están más protegidos de ella. Este marco considera la violencia interpersonal como el resultado

de la interacción entre muchos factores en cuatro niveles: el individuo, la relación, la comunidad y la sociedad (KRUG et al., 2002).

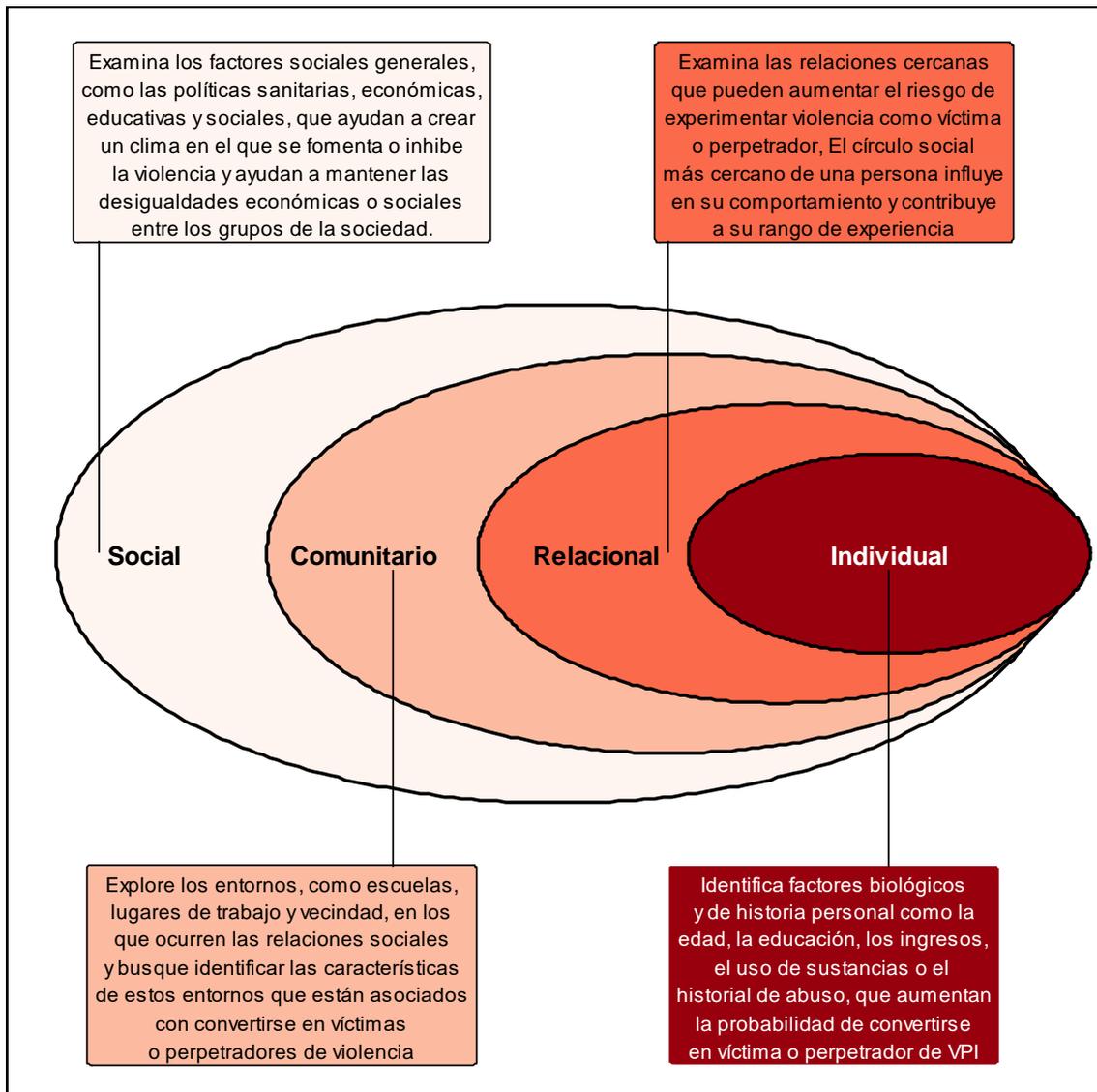


Figura 5. Modelo ecológico de la VPI – Adaptado de ADHIA, (2018).

El gráfico explica a grandes rasgos, las características de cada nivel de la ecología social. Cada nivel tiene múltiples factores de riesgo (ver **Tabla 3**) que interactúan entre factores de un mismo nivel y niveles superiores, estas combinaciones establecen la probabilidad de que ocurra el abuso. Ningún factor por sí solo es suficiente, o incluso necesario, para que ocurra la violencia de pareja. Es probable que haya diferentes constelaciones de factores y vías que pueden converger para causar abuso en diferentes circunstancias (KRUG et al., 2002). Cada nivel tiene asignado un color, los colores indican la solidez de la evidencia de que los factores dentro de ese nivel contribuyen a la perpetración y victimización de la VPI. La mayoría de los factores asociados con la perpetración y la experiencia de VPI identificados hasta la fecha son

a nivel individual, seguido por el nivel de relación y comunidad, y en menor medida el nivel social (MIKTON, 2010).

**Tabla 3. Factores de riesgo para la violencia de pareja**

<b>Perpetración por hombres</b>	<b>Victimización de la mujer</b>
<b>NIVEL INDIVIDUAL</b>	
<b>DEMOGRAFÍA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad temprana</li> <li>• Bajo nivel socioeconómico / ingresos</li> <li>• Baja educación</li> <li>• Desempleo</li> </ul>	<b>DEMOGRAFÍA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad temprana</li> <li>• Bajo nivel socioeconómico / ingresos</li> <li>• Baja educación</li> <li>• Estado civil separado/divorciado</li> <li>• Embarazo</li> </ul>
<b>EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia intraparental</li> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Maltrato físico</li> </ul>	<b>EXPOSICIÓN AL MALTRATO INFANTIL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Violencia intraparental</li> <li>• Abuso sexual</li> </ul>
<b>TRASTORNO MENTAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalidad antisocial</li> </ul>	<b>TRASTORNO MENTAL</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> </ul>
<b>USO DE SUSTANCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso nocivo del alcohol</li> <li>• Consumo de drogas ilícitas</li> <li>• Aceptación de la violencia</li> <li>• Antecedentes de abuso</li> </ul>	<b>USO DE SUSTANCIAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso nocivo del alcohol</li> <li>• Consumo de drogas ilícitas</li> <li>• Aceptación de la violencia</li> <li>• Exposición a abuso/victimización previa</li> </ul>
<b>NIVEL DE RELACIÓN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disparidad educativa</li> <li>• Múltiples parejas/infidelidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disparidad educativa</li> <li>• Número de niños</li> </ul>
<b>CALIDAD DE LA RELACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción/discordia conyugal</li> <li>• Disputas sobre los roles de género</li> <li>• Duración conyugal</li> </ul>	<b>CALIDAD DE LA RELACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacción/discordia conyugal</li> </ul>
<b>A NIVEL DE COMUNIDAD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de los roles tradicionales de género</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceptación de los roles tradicionales de género</li> </ul>
<b>CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta proporción de pobreza</li> <li>• Alta proporción de desempleo</li> <li>• Alta proporción de alfabetización masculina</li> <li>• Aceptación de la violencia</li> <li>• Alta proporción de hogares que utilizan el castigo corporal</li> </ul>	<b>CARACTERÍSTICAS DEL BARRIO</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alta proporción de pobreza</li> <li>• Alta proporción de desempleo</li> <li>• Alta proporción de alfabetización femenina</li> <li>• Aceptación de la violencia</li> <li>• Baja proporción de mujeres con alto nivel de autonomía</li> <li>• Baja proporción de mujeres con educación superior</li> <li>• Sanciones comunitarias débiles</li> </ul>
<b>NIVEL DE SOCIEDAD</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normas tradicionales de género y normas sociales que apoyan la violencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regulaciones de divorcio por parte del gobierno</li> <li>• Falta de legislación sobre la violencia de pareja dentro del matrimonio</li> <li>• Ley de protección del matrimonio</li> <li>• Normas tradicionales de género y normas sociales que apoyan la violencia</li> </ul>

**Fuente:** Adaptado de Mikton (2010).

El marco ecológico trata la interacción entre factores en los diferentes niveles con igual importancia que la influencia de factores dentro de un solo nivel. Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo de la VPI solo son indicadores y no factores causales de la posibilidad

de desencadenar este tipo de fenómeno. Es decir, se refieren a las características de los individuos y las circunstancias que están asociadas con una mayor probabilidad de cometer un delito en el futuro, pueden cambiar con el tiempo (DE SOUSA AZEVEDO, 2013).

Para describir el perfil de la víctima y el agresor, esta disertación se centrará en 5 factores de riesgo a nivel individual y nivel de relación ver (**Tabla 4**).

En el nivel individual se analizó la edad, la educación, el estado civil y el uso de sustancias ilícitas. Se analizó la edad porque se ha encontrado que las mujeres jóvenes son más propensas a sufrir violencia y abuso sexual, y los hombres jóvenes son más propensos a cometer actos de violencia física (OMS, 2021). Según SPARROW, (2018) mujeres de entre 16 y 19 años tenían más probabilidades de sufrir violencia por parte de su pareja íntima que las mujeres de cualquier otra edad.

**Tabla 4. Relación entre las variables de estudio y modelo ecológico.**

Agresor: Hombre	Víctima: Mujer
<b>NIVEL INDIVIDUAL</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Educación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Educación</li> <li>• Estado civil</li> </ul>
<b>USO DE SUSTANCIAS</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso nocivo del alcohol</li> <li>• Consumo de drogas ilícitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso nocivo del alcohol</li> <li>• Consumo de drogas ilícitas</li> </ul>
<b>NIVEL DE RELACIÓN</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existencia de hijos</li> </ul>	

**Fuente: elaboración propia**

Se analizó la educación porque es elemental para el desarrollo de las capacidades y aspiraciones de las personas (SAFRANOFF, 2017b). La violencia contra las mujeres es el mayor atentado contra los derechos humanos, pero puede ser combatida a través de la educación. La falta de educación aumenta el riesgo de que los hombres puedan cometer actos de violencia contra las mujeres, y también aumenta el riesgo de que la mujer se convierta en víctima de violencia (CANTO et al., 2020). Por tal motivo, la baja educación ha sido claramente identificada como un factor de riesgo clave de a VPI (SVADMIN, 2021).

Se analizó el uso de sustancias ilícitas porque ha ocurrido violencia contra las mujeres, especialmente a través del consumo de ciertas drogas y alcohol (ORTIZ, 2018). Se ha demostrado que el abuso de esta sustancia hace que una persona tienda a perder el control, lo que aumenta directamente la probabilidad de actos violentos. Es por ese motivo que, a diferencia de la violencia doméstica, el alcohol está fuertemente involucrado en la violencia

sexual en situaciones en las que la víctima y el abusador no están relacionados o ni siquiera se conocen (ORTIZ, 2018).

Se analizó el estado civil porque las mujeres divorciadas o viudas son más propensas a sufrir actos de violencia que las mujeres casadas o en una relación estable. Según en la literatura muestra que mujeres divorciadas tienen un mayor riesgo de ser asesinadas, golpeadas, violadas y lastimadas por sus parejas en comparación con a las mujeres casadas (CANTO et al., 2020).

## CAPITULO IV

### 4. METODOLOGIA

#### 4.1. Tipo de Estudio

Este estudio se desarrolló en dos etapas interrelacionadas. En la primera, se realizó una revisión integradora abordando las consecuencias a largo plazo en la salud de la mujer víctima de VPI. En la segunda parte, se utilizaron datos secundarios del Grupo de Estudio e Investigación sobre Familia, Enfermería y Salud, del Programa de Posgrado en Enfermería de la FURG, que fueron sometidos a análisis descriptivos. Son datos que muestran el perfil de las mujeres que, en 2019, fueron víctimas de violencia ejercida por su pareja, o ex pareja, así como el perfil del agresor y el tipo de violencia, objeto del registro. La **Tabla 5** muestra la articulación de estas dos etapas con los objetivos del estudio y los referentes teóricos utilizados para orientar el desarrollo de cada una.

**Tabla 5. Estructura de las dos etapas del estudio**

Estudio	Etapa I: revisión integrativa de la literatura	Etapa I: Análisis de registros de violencia
<b>Cúal objetivo atiende?</b>	<b>Objetivo 1:</b> Identificar en la literatura brasilera y extranjera las consecuencias a largo plazo de la violencia de pareja íntima sobre la salud de la mujer	<b>Objetivo 2:</b> Describir los tipos de violencia, el perfil de la víctima y el perfil del agresor de la violencia de pareja íntima, a partir de los registros extraídos de la Delegación Especializada en Atención a la Mujer.
<b>Cúal pregunta responde?</b>	<b>Pregunta 1:</b> ¿Cuáles son las evidencias científicas encontradas en la literatura brasilera y extranjera acerca de las consecuencias a largo plazo de la violencia de pareja íntima sobre la salud de la mujer?	<b>Pregunta 2:</b> ¿Cuáles son los perfiles de la víctima, el agresor y de la violencia objeto de la denuncia?
<b>En que marco teórico se sustenta?</b>	Marco teórico del Estrés	Modelo ecologico de la violencia (Nivel individual) (Nivel relacional)

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.1. Etapa 1: Revisión integrativa

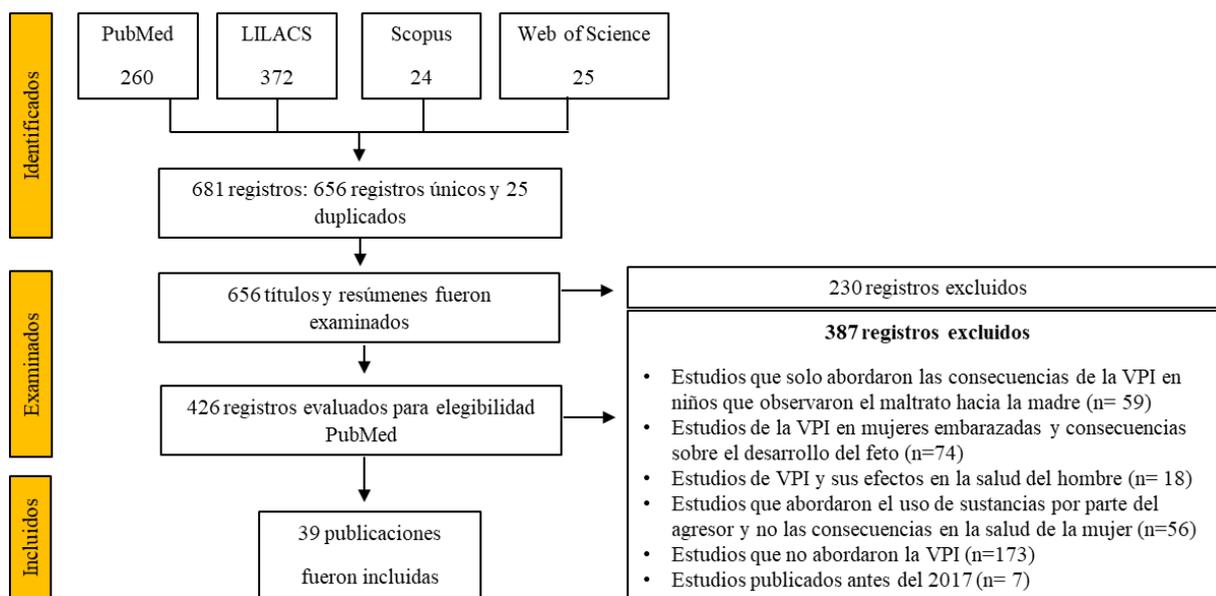
La revisión integrativa fue realizada siguiendo la declaración PRISMA. Se utilizó el software *Rayyan*, para auxiliar la búsqueda de los textos. Rayyan es un software libre que se utiliza principalmente para ayudar en la revisión integrativa y la investigación de tipo metaanálisis (OUZZANI et al., 2016). Los pasos para la elaboración del estudio de revisión fueron los siguientes:

- 1) Seleccionar los buscadores o descriptores. Los buscadores seleccionados fueron los siguientes: “Neuroendocrinology”, “Pathophysiology”, “Psychobiology”, “Neurobiology”, “Immunological System”, “Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis”. Los descriptores utilizados son DECS, MERH, estos descriptores se unieron con las palabras “Intimate Partner Violence” por medio del operador booleano “AND”.
- 2) Realizar la captación de artículos (etapa de búsqueda). Para esto se eligieron cuatro bases de datos (esta son bases de datos de publicaciones en la web): PubMed, LILACS, Scopus, Web of Science. La búsqueda fue realizada de manera conjunta con investigadoras del Grupo de Estudio e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde del Programa de Posgrado en Enfermería de la FURG.  
 Importar los artículos encontrados al software Rayyan. Una vez que los textos fueron importados se procedió a realizar el filtro respectivo de artículos. Es decir, realizar el procedimiento de exclusión e inclusión de los artículos según determinados criterios. Para esta revisión se adoptaron como criterios de inclusión los estudios que describan los mecanismos biológicos que genera enfermedad en mujeres víctimas de VPI, textos del 2017 en adelante, textos en idioma español, portugués e inglés, textos completos, artículos, disertaciones o tesis. Se excluyeron los artículos que en función de sus objetivos se alejaban del objetivo de la presente revisión. Es decir, textos que no incluyeron la VPI la temática de VPI y sus consecuencias en la salud de la mujer.
- 3) Descargar los artículos incluidos desde Rayyan a Excel y realizar los análisis respectivos sobre el contenido de los estudios seleccionados.

El análisis del contenido de los estudios seleccionados se encuentra disponible en los resultados de la presente disertación, en la sección **5.1** *¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.*: "**Mecanismos biológicos que vinculan la VPI, el estrés y la salud. Una revisión**

de la evidencia internacional”. La **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**

muestra las etapas de la revisión integrativa.



**Figura 6. Flujo PRISMA**

#### 4.1.2. Etapa 2: Análisis de registros de violencia

Como se mencionó anteriormente, esta etapa fue desarrollada a partir de la Base de Datos del Grupo de Estudio e Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde (GEPEFES), el cual almacena informaciones extraídas de los Boletines de Ocurrencia de violencia contra la mujer y la violencia contra niñas, niños y adolescentes, registrados en la Delegacia Especializada en Atención a la Mujer, y en la Delegacia de Protección de la Niñez y Adolescencia (DPCA), ambas localizadas en Rio Grande-RS, para el año 2019. Son, por tanto, información detallada que provienen de registros de ocurrencia de dos servicios de protección a las víctimas, que integran la Red de asistencia y protección a víctimas de violencia existente en el municipio. El enfoque de estos servicios es garantizar el acceso a la justicia, salvaguardando los derechos y principios del Estado democrático, a través de acciones de prevención, investigación y marco legal (BRASIL, 2018e).

Los registros de violencia contra la mujer se componen de: identificación de la víctima, identificación del agresor, identificación de la violencia y otras informaciones.

La identificación de la víctima y el agresor se refiere a sus características personales, proporcionan información como sexo, grupos de edad, color/etnia, situación conyugal, nivel de educación, ciudad de origen, antecedentes de uso de sustancias ilícitas, entre otras variables.

La identificación de la violencia describe el tipo de violencia motivo de la denuncia. Se conto con un total de 162 registros de ocurrencias del año 2019. Para analizar estos registros se utilizó el software estadístico SPSS 27.0. Se realizo un análisis descriptivo de las variables y los resultados fueron presentados con tablas de frecuencias y gráficos de barras. Las variables utilizadas para describir el perfil de la víctima y el agresor fueron: Grupo de Edad, Nivel de Educación, Estado Civil, Uso de Sustancias, Tenencia de hijos, Número de hijos, Grupo etario de los hijos, Hijos presenciaron la violencia

#### **4.1.3.Aspectos éticos**

Los datos secundarios contaban con la aprobación del Comité de Ética e Investigación en el Área de Salud (CEPAS) de la Universidad Federal de Río Grande (FURG). También recibió la aprobación del Núcleo Municipal de Salud Colectiva (NUMESC) y la autorización de la Delegacia Especializada en Atención a la Mujer DEAM de la ciudad de Río Grande-RS, y se respetaron todos los preceptos éticos establecidos por la Resolución 510/2016.

## 5. RESULTADOS

Los resultados de esta disertación se presentan en formato de dos artículos científicos. El primero corresponde al primer objetivo del estudio y fue formateado de acuerdo a las normas de la **Revista Chilena de Enfermería** disponible en el sitio web: <https://revistachilenaenfermeria.uchile.cl/index.php/RCHE/authorDashboard/submission/7143>. El segundo corresponde al segundo objetivo del estudio y fue formateado de acuerdo a las normas de la **Revista Saúde e Sociedade**, disponible en el sitio web: <https://www.revistas.usp.br/sausoc>.

## 5.1. Artículo I

### **Mecanismos biológicos que vinculan la violencia de pareja íntima, el estrés y la salud: Revisión integrativa.**

Mercedes Mejía, Mara Santos da Silva

#### **Resumen**

**Objetivo:** Identificar las consecuencias a largo plazo de la VPI en la salud de la mujer. **Método:** Se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA. Con 6 descriptores se realizó la búsqueda en: PubMed, LILACS, Scopus, y Web of Science. Fueron seleccionados 39 artículos entre el 2017 y 2023. **Resultados:** La mayoría de estudios (n=20, 51%) fueron publicados en revistas de Brasil (n=10, 26%) y EE.UU. (n=10, 26%). El análisis de las publicaciones indica que existe una alta prevalencia de trastornos mentales, siendo la depresión y el TEPT los trastornos más comunes, y estos conducen a conductas de salud negativas en la vida de las mujeres. **Discusión:** El vínculo entre la VPI, el estrés y las enfermedades es claro, y está bien documentado. Varias consecuencias físicas y psicológicas derivan de la VPI. Problemas de nutrición, de reproducción femenina, problemas cerebrales y cognitivos, así como traumas físicos y psicológicos de todo tipo. **Conclusión:** Mejorar la comprensión entre la VPI y los efectos nocivos a largo plazo en la salud, podría conducir a medios más efectivos de intervención por parte del personal de enfermería. Ya que el desarrollo de intervenciones efectivas requiere conocimiento sobre los caminos hacia las consecuencias adversas para la salud.

**DESCRIPTORES:** Violencia de pareja; Revisión; Mecanismo biológico; Estresores Psicológicos, Proceso Salud-Enfermedad

## Introducción

La violencia es un fenómeno que ha estado presente en el ser humano desde los inicios de nuestra civilización. La violencia contra la mujer (VCM) es una forma generalizada de violencia que desde 1993 se reconoce como un atentado contra los derechos humanos <sup>(1)</sup>. La violencia de pareja íntima (VPI) es una forma específica de VCM que se da en el ámbito marital y afecta tanto a hombres como mujeres, pero las mujeres se han visto históricamente más afectadas por estos comportamientos y son más víctimas de violencia en las relaciones, experimentan formas más graves de violencia y tienen más miedo de las consecuencias <sup>(2)</sup>. La VPI actualmente constituye un problema de salud pública global y se refiere a la violencia física, sexual o psicológica real o amenazada perpetrada por parejas actuales o anteriores <sup>(3)</sup>.

Las mujeres que han experimentado VPI tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud y, en general, percibir su salud como mala <sup>(4)</sup>. La VPI también pone a las mujeres en mayor riesgo de otros problemas de salud física, como el VIH y las enfermedades de transmisión sexual, el abuso de alcohol y drogas e intentos de suicidio <sup>(5)</sup>. En los últimos 20 años los estudios sobre VPI han crecido exponencialmente, la investigación se ha centrado principalmente en describir y analizar los resultados adversos en la salud de las víctimas, principalmente desde el punto de vista psicológico y en menor medida el físico <sup>(5)</sup>. Pocos estudios se han centrado en los mecanismos biológicos que generan estos resultados adversos en la salud. Es importante entender como funcionan estos mecanismos porque es el proceso para mediante el cual aparecen las enfermedades.

Cuando una mujer es víctima de VPI, las respuestas fisiológicas preparan su cuerpo para defenderse o escapar (respuesta de lucha o huida). Primero el miedo activa la amígdala, esto hace que se active el hipocampo cerebral, y este a su vez, estimula al hipotálamo. El núcleo paraventricular del hipotálamo segrega la hormona liberadora de corticotropina, que estimula la liberación de la hormona Adrenocorticotrópica (ACTH) de la glándula pituitaria anterior. A su vez, la ACTH estimula la liberación de cortisol de las glándulas suprarrenales <sup>(6)</sup>.

El cortisol es una "hormona del estrés" que detiene el metabolismo de la glucosa, es decir, obliga a las células a operar con glucógeno almacenado. El cortisol moviliza la energía del sitio de almacenamiento o de los órganos no esenciales a los músculos en ejercicio para la respuesta de "lucha o huida" <sup>(7)</sup>. En este proceso llamado glucogénesis el cuerpo suprime otras funciones, como la digestión, el crecimiento y la reproducción ya que no son necesarias para las demandas situacionales inmediatas <sup>(8)</sup>. Para evitar los efectos perjudiciales de la activación prolongada del eje HPA e inhibir su propia liberación. El cortisol actúa sobre los receptores de glucocorticoides en el hipocampo, el hipotálamo y la hipófisis, lo que conduce a la supresión

de CRH, ACTH y glucocorticoides <sup>(7)</sup>, llevando los niveles hormonales a un estado de equilibrio. Eso se conoce como “Mecanismo de Retroalimentación Negativa del cortisol”. Estos mecanismos adaptan al cuerpo para enfrentar a un factor estresante en el corto plazo. Por lo tanto, los altos niveles crónicos de estrés se han asociado con consecuencias perjudiciales en varios sistemas fisiológicos, incluido el desequilibrio hormonal y la desregulación del eje HPA <sup>(9)</sup>. Abordar estos mecanismos es fundamental para mejorar nuestra comprensión sobre las consecuencias indirectas y a largo plazo en la salud de la mujer víctima de VPI. También es necesario distinguir entre las consecuencias directas e indirectas. Aunque actualmente no existe una diferenciación concisa entre ambas consecuencias, se pueden distinguir a modo general, en función del tiempo. Es decir, las consecuencias directas son principalmente de corto plazo y se dan como producto del acto de agresión *per se*. Este tipo de consecuencias se manifiestan mayormente en agresiones físicas <sup>(10)</sup>. La intensidad de la consecuencia depende de la intensidad de la agresión y puede ir desde lesiones leves hasta la muerte. Si bien los efectos directos están más allá del alcance de este estudio, la evidencia muestra que aproximadamente la mitad de las mujeres en relaciones abusivas sufren lesiones físicas <sup>(11)</sup>.

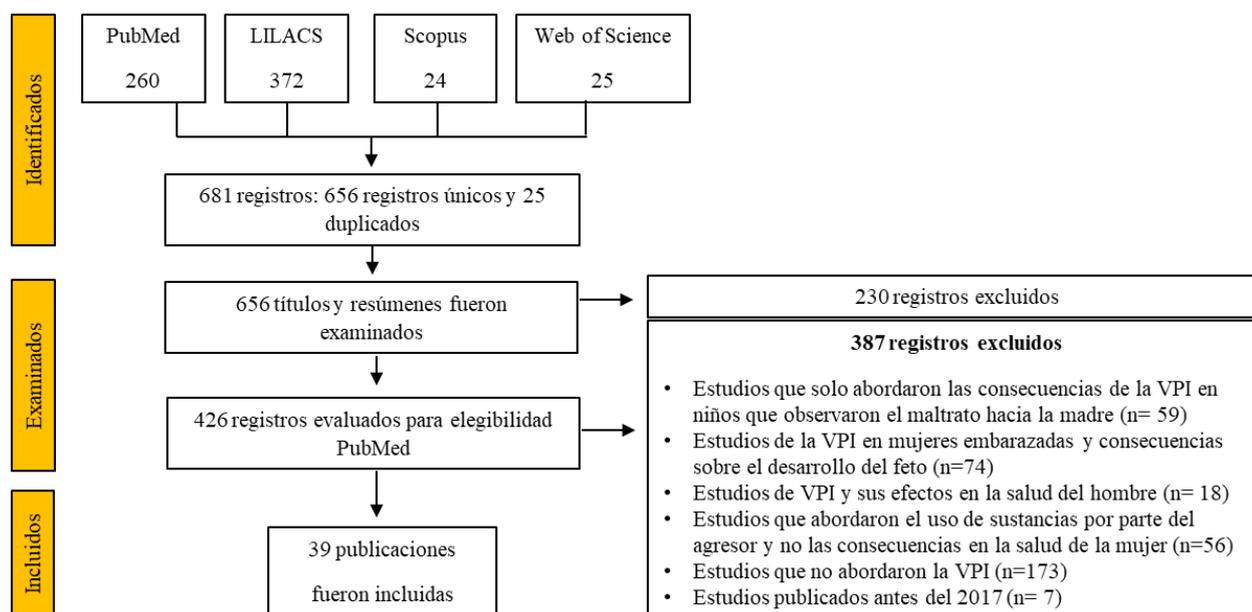
Las consecuencias indirectas son, en esencia, de largo plazo y surgen como producto de una desregulación constante de las respuestas fisiológicas frente a la presencia también constante de estrés psicosocial. Este tipo de consecuencias son indirectas porque la mala salud no se genera como consecuencia directa de la agresión, y son de largo plazo porque en periodos cortos de tiempo el funcionamiento fisiológico del cuerpo (respuesta al estrés) logra recuperar el equilibrio después del disturbio generado por el estresor psicosocial. El problema surge cuando este disturbio es constante y se mantiene a lo largo del tiempo. Esta intensidad provoca que varios procesos fisiológicos colapsen y termina afectando a otros sistemas, como el sistema inmune, respiratorio, digestivo, circulatorio, endocrino, y reproductor.

La relación entre la VPI y la salud es compleja <sup>(12)</sup>, queda mucho trabajo por hacer para desarrollar una comprensión profunda de las complejas vías biopsicosociales que vinculan la experiencia de VPI con los malos resultados de salud <sup>(13)</sup>. El objetivo principal de este trabajo es identificar las consecuencias a largo plazo de la VPI en la salud de la mujer a través de una revisión de la literatura sobre los mecanismos biológicos que vinculan la VPI, el estrés y la salud. Para esto se realizó una revisión integrativa de la investigación publicada desde 2017 hasta 2023 sobre estudios que aborden la VPI y las consecuencias adversas en la salud de la mujer.

## Método

### Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión sistemática siguiendo la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (ver Figura 7). La búsqueda fue realizada de manera conjunta con investigadoras del Grupo de Estudio e Investigación sobre Familia, Enfermería y Salud, del Programa de Posgrado en Enfermería de la FURG. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, LILACS, Scopus, y Web of Science, con base en los siguientes términos de búsqueda: “Neuroendocrinology”, “Pathophysiology”, “Psychobiology”, “Neurobiology”, “Immunological System”, e “Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis”. Todos estos descriptores se unieron con las palabras “Intimate Partner Violence” por medio del operador booleano “AND”. Se decidió utilizar estos términos de búsqueda para refinar los resultados a los objetivos del presente estudio, ya que existe un gran acervo de publicaciones sobre VPI, y el interés de este documento es encontrar artículos que describan las consecuencias a largo plazo de la VPI en la salud de la mujer.



**Figura 7. Flujo PRISMA para la identificación y selección de artículos**

Se estableció periodo de tiempo en la búsqueda, para encontrar artículos solo a partir de 2017. Resultaron 681 artículos publicados entre los años 2017 y 2023. Después de eliminar los duplicados (n=25) y excluir los estudios que no cumplieron los criterios de inclusión (n=617), se incluyeron 39 publicaciones.

La principal herramienta utilizada en este estudio fue el software Rayyan. La pregunta guía del presente estudio fue: ¿Cuáles son las evidencias científicas encontradas en la literatura sobre las consecuencias a largo plazo de la violencia por pares íntimos sobre la salud de la mujer víctima?

### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron los estudios que en función de sus objetivos se encuadraban con el objetivo de la presente revisión. Las publicaciones incluidas presentaron las siguientes características: Artículos que abordaron la VPI como un factor adicional a un conjunto de factores que pueden producir estrés crónico. Artículos con más de un objetivo, pero que incluyeron el análisis de las consecuencias de la VPI como un objetivo parcial. Estudios de casos y controles con mujeres que desarrollaron trastornos mentales a causa de traumas por VPI y otros traumas como: abuso físico o sexual en la infancia, violación o agresión física y exposición a la agresión física o muerte de un familiar. Todos los artículos que, en general, abordaron las consecuencias adversas de la VPI en la salud de la mujer.

### **Criterios de exclusión**

Se excluyeron artículos que en función de sus objetivos se alejaban del objetivo de la presente revisión. Los estudios excluidos presentaron características tales como:

Artículos que no incluían la violencia de pareja íntima dentro de su análisis, aunque estos describan mecanismos fisiológicos y efectos adversos en la salud.

Artículos que aun cuando abordaron la VPI se centraron en efectos adversos en la salud específicos para el hombre. Artículos cuyo objetivo era analizar los efectos adversos en la salud de los niños que presenciaron violencia de pareja. Artículos que analizaron la violencia en general y no la VPI. Artículos que analizaron la fisiopatología y etiologías asociadas con la perpetración de IPV. Artículos que analizaron el efecto del uso de alcohol y drogas en los perpetradores de VPI sobre la desregulación del sistema nervioso autónomo. Artículos que analizaron la influencia de condiciones psicológicas preexistentes sobre el comportamiento violento de los perpetradores de VPI. Artículos que analizaron la personalidad de las víctimas de VPI y estudios de estrés en animales.

## Resultados

### *Características externas*

Se identificaron 32 revistas en la publicación de los 39 estudios (ver **Tabla 6**). Las revistas con más de una publicación fueron *International Journal of Environmental Research and Public Health* (IJERPH) con 4 publicaciones, *PloS ONE* (n=4) y *Psychoneuroendocrinology* (n=2).

**Tabla 6 - Características externas de las publicaciones.**

Revista	País	Año	N
IJERPH	Suiza	2019 <sup>(14)</sup> , 2020 <sup>(15)</sup> , 2021 <sup>(16)</sup> , 2022 <sup>(17)</sup>	4 [10%]
PLoS ONE	EE.UU.	2019 <sup>(18)</sup> , 2020 <sup>(19)</sup> , 2022 <sup>(20,21)</sup>	4 [10%]
Psychoneuroendocrinology	Reino Unido	2019 <sup>(13)</sup> , 2020 <sup>(22)</sup>	2 [5%]
Biological Psychology	Países Bajos	2018 <sup>(23)</sup>	1 [3%]
BMC Pregnancy and Childbirth	Reino Unido	2021 <sup>(24)</sup>	1 [3%]
BMJ Open	Reino Unido	2020 <sup>(25)</sup>	1 [3%]
Cadernos de Saúde Pública	Brasil	2018 <sup>(26)</sup>	1 [3%]
Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology	Canada	2022 <sup>(27)</sup>	1 [3%]
Epidemiologia e Serviços de Saúde	Brasil	2021 <sup>(28)</sup>	1 [3%]
European Journal of Psychotraumatology	EE.UU.	2021 <sup>(29)</sup>	1 [3%]
Frontiers in Psychiatry	Suiza	2022 <sup>(30)</sup>	1 [3%]
Gerai : Revista Interinstitucional de Psicologia	Brasil	2020 <sup>(31)</sup>	1 [3%]
Global Health Research and Policy	Reino Unido	2022 <sup>(32)</sup>	1 [3%]
International Journal of Psychiatry in Medicine	EE.UU.	2023 <sup>(33)</sup>	1 [3%]
Journal of Affective Disorders	Países Bajos	2020 <sup>(34)</sup>	1 [3%]
Journal of Interpersonal Violence	EE.UU.	2021 <sup>(35)</sup>	1 [3%]
Journal of Neurotrauma	EE.UU.	2021 <sup>(36)</sup>	1 [3%]
Journal of Research in Health Sciences	Irán	2020 <sup>(37)</sup>	1 [3%]
Neuroscience and Biobehavioral Reviews	EE.UU.	2021 <sup>(38)</sup>	1 [3%]
Nursing (São Paulo)	Brasil	2020 <sup>(39)</sup>	1 [3%]
Revista Brasileira de Odontologia Legal	Brasil	2020 <sup>(40)</sup>	1 [3%]
Revista Cuidarte	Colombia	2018 <sup>(41)</sup>	1 [3%]
Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online	Brasil	2018 <sup>(42)</sup>	1 [3%]
Revista de Saúde Pública	Brasil	2018 <sup>(43)</sup>	1 [3%]
Revista Eletrônica de Enfermagem	Brasil	2019 <sup>(44)</sup>	1 [3%]
Revista Enfermagem UERJ	Brasil	2021 <sup>(45)</sup>	1 [3%]
Revista Panamericana de Salud Pública	EE.UU.	2021 <sup>(46)</sup>	1 [3%]
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology	Alemania	2018 <sup>(47)</sup>	1 [3%]
SSM - Population Health	Reino Unido	2019 <sup>(48)</sup>	1 [3%]
Texto & Contexto Enfermagem	Brasil	2019 <sup>(49)</sup>	1 [3%]
The Spanish Journal of Psychology	Reino Unido	2019 <sup>(50)</sup>	1 [3%]
Vojnosanitetski Pregled	Serbia	2020 <sup>(51)</sup>	1 [3%]

Con respecto al país de la revista, la mayoría de estudios (n=20, 51%) fueron publicados en revistas de Brasil (n=10, 26%) y Estados Unidos (n=10, 26%). Los estudios restantes (n=19, 49%) fueron publicados en 8 diferentes países. El 18% (n=7) fueron de revistas del Reino

Unido, el 13% (n=5) de revistas de Suiza, el 5% (n=2) de revistas de Países Bajos. Los años con mayor número de publicaciones fueron 2020 (n=10, 26%), 2021 (n=9, 23%) y 2019 (n=7, 18%), los años 2018 y 2022 tuvieron el 15% de las publicaciones (n=6) y el año 2023 tuvo una publicación.

### ***Características internas***

De los 39 estudios el 41% corresponden a estudios de consecuencias físicas (n=16), el 36% a estudios de consecuencias psicológicas (n=14) y el 23% trataron consecuencias físicas y psicológicas (n=9). La afiliación de los autores (sin considerar coautores) corresponde principalmente a instituciones universitarias (n=32, 82%) y centros de investigación (n=5, 13%). Los autores pertenecen principalmente al área de la medicina (n= 7, 21%), enfermería (n= 5, 15%), psicología (n= 5, 15%), y ciencias de la salud (n= 3, 9%). La mayoría de estudios son de tipo transversal (n=20, 51%) y estudios de revisión (n=5, 13%), utilizando datos secundarios obtenidos de fuentes oficiales como encuestas o estudios a nivel nacional de cada país. Entre las principales herramientas utilizadas para realizar entrevistas a las víctimas, o para obtener una medida cuantitativa de los trastornos mentales, se encuentra: la escala de tácticas de conflicto (n=5), el inventario de depresión de Beck (n=4) y la escala de TETP administrada por el clínico (n=3). Las medidas biológicas (biomarcadores) más utilizadas en los estudios fueron el índice de masa corporal y el cortisol salival. A continuación, se presentan los resultados por grupo.

### ***Impactos en la salud física***

La

**Tabla 7** resume el contenido de los artículos que trataron las consecuencias físicas (grupo 1). De los 16 estudios del grupo 1, el 44% son de tipo transversal (n=7) y hay un estudio de revisión y un estudio longitudinal, entre otros tipos de estudio. En este grupo las muestras son de tres tipos, en los estudios de revisión, las muestras son artículos y en los demás estudios las muestras pueden ser personas o historias clínicas. El 70.43% de las muestras son personas

(n=13), específicamente mujeres, mujeres embarazadas, madres con hijos y suman un total de 66.147 mujeres, el 13% son historias clínicas (n=2) con un total de 276.

**Tabla 7. Resumen de los estudios de impactos en la salud física.**

Autor/Departamento/ Universidad/País	Tipo de estudio (Muestra)	Objetivo	Principales resultados
Chaudhary; et al., 2022 <sup>(32)</sup> Centro de Investigación para el Desarrollo Sostenible Katmandú, Nepal	Estudio Transversal (3379 mujeres)	Explorar la asociación entre la violencia de pareja y el estado nutricional de las mujeres nepalesas casadas.	La baja intensidad de la VPI emocional e intensidad moderada de VPI física experimentada en el año anterior, y baja intensidad de VPI emocional a lo largo de la vida se asociaron con un mayor riesgo de sobrepeso/obesidad. Intensidad moderada de la VPI sexual experimentada en el año anterior se asoció con un mayor riesgo de IMC con bajo peso. La baja intensidad del comportamiento de control de por vida se asoció con un mayor riesgo de anemia.
Tiwari et al., 2018 <sup>(47)</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Lady Hardinge, India	Estudio Transversal (60350 mujeres)	Este estudio explora la asociación entre la exposición al abuso emocional conyugal y los malos resultados reproductivos en mujeres indias.	La violencia emocional conyugal se asoció con todos los resultados reproductivos adversos, excepto la lactancia materna. El comportamiento de control conyugal se asoció significativamente con todos los resultados, excepto la lactancia materna.
Maldonado- Rodriguez et al., 2021 <sup>(36)</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Columbia Británica, Canadá	Estudio de cohorte (40 mujeres)	Examinar diferentes aspectos de la estructura y función cerebrales en víctimas de VPI, para caracterizar posibles déficits en la función cognitivo-motora. También se evaluaron la carga de lesión cerebral, TEPT, la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias y los antecedentes de malos tratos.	La VPI, el TEPT, la ansiedad y la depresión comórbidos, alteran el procesamiento necesario para acertar con rapidez y precisión en los objetivos mientras se evitan los distractores. Este patrón de resultados refleja la compleja interacción entre las lesiones físicas inducidas por los episodios de VPI y los impactos resultantes que estas experiencias tienen en la salud mental.
Ferdos, Rahman, 2018 <sup>(26)</sup> Universidad de Rajshahi, Bangladesh.	Estudio Transversal (1086 mujeres)	Este estudio explora la relación entre la malnutrición y VPI entre 1086 mujeres adultas jóvenes bangladesíes, con una edad entre 15-24 años	Los hallazgos del estudio indican que sufrir VPI tiene un papel significativo en el peso por debajo del peso ideal y con sobrepeso/obesas de las mujeres adultas jóvenes. Las mujeres con el peso por debajo del apropiado sufrían más violencia física, VPI física y/o VPI sexual, en comparación con el rango normal de mujeres.

Martínez et al., 2019 <sup>(50)</sup> Universidad de València, España	Estudio longitudinal (38 mujeres)	Examinar si las reacciones violentas de las mujeres a la VPI predecirían los niveles de cortisol salival y DHEA, así como la relación cortisol / DHEA, controlando el abuso previo de VPI, la psicopatología y las variables demográficas de las mujeres	El presente estudio indicó que los niveles altos de cortisol se asociaron significativamente con niveles más altos de reacciones psicológicas violentas a la perpetración de VPI en mujeres victimizadas.
Wadji et al., 2021 <sup>(29)</sup> Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, Universidad de Friburgo, Suiza	Casos y controles (75 madre e hijos)	Investigamos cómo la VPI que experimentan las mujeres en Camerún afecta sus niveles de estrés y el de sus hijos.	Las madres expuestas a la VPI mostraron mayores concentraciones totales de cortisol tras el despertar en comparación con las del grupo de control. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los niños expuestos y los no expuestos.

Autor/Departamento/ Universidad/País	Tipo de estudio (Muestra)	Objetivo	Principales resultados
Elkhateeb et al., 2021 <sup>(24)</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Minia, Egipto	Estudio Transversal (513 mujeres embarazadas)	Analizar el impacto de la VPI en los resultados del embarazo	La exposición a la violencia durante el embarazo tuvo efectos significativos en las mujeres y el resultado de su embarazo en forma de desarrollo de infección vaginal, sangrado vaginal, trabajo de parto prematuro, rotura prematura de la membrana.
Mendoza et al., 2022 <sup>(27)</sup> Departamento de Obstetricia, Universidad de Granada, España	Estudio Transversal (256 mujeres)	Evaluar las repercusiones hormonales de la violencia contra la mujer.	las mujeres reportaron irregularidades menstruales e hipoestrogenismo (incluidos dos casos de insuficiencia ovárica prematura) desde el episodio de violencia contra la mujer.
Leite et al., 2018 <sup>(43)</sup> Departamento de Enfermería, Universidad Federal de Espírito Santo, Brasil	Estudio Transversal (106 mujeres)	Analizar la asociación entre la VPI y la no realización del examen citológico en los últimos tres años.	Las mujeres que sufrieron violencia sexual y física por parte de su pareja tuvieron 1,64 veces más retraso en las pruebas de Papanicolaou que las no víctimas.
Alhalal, Falatah, 2020 <sup>(22)</sup> Departamento de Enfermería, Universidad Rey Saud	Casos y controles (156 mujeres)	Comparación de cortisol capilar entre mujeres abusadas y no abusadas por VPI, para evaluar si la gravedad de la VPI está asociada con las concentraciones de cortisol en el cabello.	Existen diferencias significativas en la concentración de cortisol capilar entre las mujeres que han experimentado IPV y las mujeres que no han experimentado IPV. Nuestros hallazgos demuestran que una mayor gravedad de la IPV se asocia significativamente con niveles más bajos de cortisol.
Pheiffer et al., 2020 <sup>(15)</sup> Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica	Estudio de Revisión (5 estudios)	Esta revisión explora la relación entre la VPI y la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG). Se planteó la hipótesis de que, durante el embarazo, la depresión y el estrés inducidos por VPI exacerban la resistencia a la insulina en tejidos metabólicamente activos que conducen a la disfunción de las células beta pancreáticas ( $\beta$ ) y la DMG.	El estrés y la depresión promueven la desregulación metabólica a través de la estimulación de las respuestas proinflamatorias y la activación de las vías neuroendocrinas, que producen hormonas del estrés que inducen resistencia a la insulina y un metabolismo desregulado de la glucosa. La estimulación de la resistencia a la insulina y la hiperglucemia es una respuesta adaptativa al estrés para permitir los requisitos de energía adecuados para la respuesta de lucha o huida. Durante las condiciones de estrés, se estimulan los genes proinflamatorios en las células inmunes, lo que

			aumenta la producción de citoquinas proinflamatorias.
Berman et al., 2020 <sup>(34)</sup> Departamento de Psiquiatría, Hospital General de Massachusetts y Escuela de Medicina de Harvard, EE.UU	Casos y controles (68 mujeres)	Comparación de las propiedades macro y microestructurales de la materia gris en cuatro estructuras clave relacionadas con el TEPT (amígdala, hipocampo, ACC e ínsula) entre mujeres sobrevivientes de agresión sexual en la edad adulto, con y sin TEPT y mujeres no agredidas.	Se encontró que la Amígdala e ínsula son más pequeñas en el grupo TETP en comparación con el grupo sin TEPT. También se encontró una microestructura alterada en la amígdala y corteza cingulada anterior de los dos grupos expuestos al trauma. No hay diferencias entre los grupos en el volumen del hipocampo. La gravedad de los síntomas del TEPT se correlacionó con los volúmenes de la amígdala y la ínsula. La gravedad de los síntomas del TEPT se correlacionó con la microestructura del hipocampo.
Neumeister et al., 2018 <sup>(23)</sup> Instituto de Psicología Médica y Neurociencia, Hospital Universitario de Münster, Alemania	Estudio Transversal (38 mujeres)	Investigar los correlatos neuronales del procesamiento de textos relacionados con el trauma en VPI-TETP.	Sugiere que incluso las palabras conducen a un aumento de la amígdala y, posiblemente, a la activación de la amígdala

### Continuación de la Tabla 7

Con respecto a la afiliación de los autores, el 81% son de instituciones universitarias (n=13), el 13% de centros de investigación (n=2) y uno de un hospital. Con respecto a los departamentos de investigación, la mayoría vienen de ciencias de la salud (n=3), psicología (n=2) y psiquiatría (n=3).

En este grupo se encontraron diferentes enfoques al analizar la VPI y sus consecuencias físicas, los enfoques más representativos son: los estudios de la relación entre la VPI y el cortisol (n=3, 19%), la relación entre la VPI y la reproducción (n=2, 13%), la relación entre la VPI y la nutrición (n=2, 13%) y la relación entre la VPI y sus efectos en el cerebro (n=2, 13%).

Los estudios el cortisol, por lo general constituyen estudios de casos y controles, donde se comparan los niveles de cortisol entre las víctimas de VPI y mujeres no abusadas. La forma común de obtener mediciones de cortisol es mediante muestras de saliva (cortisol salival) y, en menor medida mediante muestras de cabello (cortisol capilar). En un estudio de cortisol salival se encontró que cuando las mujeres reaccionan de forma violenta ante episodios de VPI, los niveles de cortisol aumentan <sup>(50)</sup>. Otro estudio que evaluó el impacto de la VPI en las madres y sus hijos encontró que los mayores niveles de cortisol salival se presentan en la madre expuestas, pero no en los hijos. Mientras que en un estudio de cortisol capilar se encontró que las mujeres expuestas a VPI presentaron menores niveles de concentración en comparación a las mujeres no expuestas a VPI.

Los estudios que analizaron los efectos de la VPI sobre la nutrición encontraron que los diferentes tipos de VPI se asocian significativamente con los trastornos de la nutrición como la

obesidad, el bajo peso y la anemia <sup>(32)</sup>, y la VPI física o sexual se encuentra más relacionado con problemas de bajo peso en las víctimas <sup>(26)</sup>.

Los estudios que analizaron los efectos de la VPI sobre la reproducción de la mujer encontraron que la VPI emocional se asoció con resultados reproductivos adversos como embarazos tempranos, embarazos interrumpidos, embarazos no deseados <sup>(47)</sup> y desequilibrios hormonales como hipoestrogenismo (bajos niveles de estrógeno) y menstruación irregular <sup>(27)</sup>.

Los estudios encontraron que la VPI afecta de diferentes formas las estructuras y funcionamientos cerebrales, por ejemplo, el estudio de Maldonado-Rodríguez, (2021) <sup>(36)</sup> analizaron como la VPI afecta la función cognitivo-motora y encontraron que las lesiones cerebrales inducidas por episodio de VPI afectan el rendimiento global y motor durante una tarea cognitivo-motora compleja. Además, la VPI en combinación con trastornos mentales derivados de la violencia como el TEPT, la ansiedad y la depresión comórbidos, alteran el procesamiento necesario para acertar con rapidez y precisión en los objetivos de una tarea cognitivo-motora. Inclusive bajo un escenario de VPI-TETP, el miedo hacia el agresor puede ser tan grande que solo las palabras podrían conducir a la activación de la amígdala <sup>(23)</sup>.

### ***Impactos psicológicos***

En la **Tabla 8** se presentan los estudios que abordan las consecuencias de la salud mental (grupo 2). En este grupo se registran 14 estudios, donde el 64% son de tipo transversal (n=9), el 14% son estudios de revisión (n=2) y un estudio longitudinal, entre otros. Este grupo presenta dos tipos de muestras. El primer tipo está conformado por personas (n=12, 86%), constituida por hombres y mujeres, mujeres, mujeres embarazadas, mujeres casadas y puérperas que suman un total 18.786 personas. El segundo tipo de muestras son artículos (n=2, 14%) con un total 20.

Con respecto a la afiliación de los autores, el 86% son de instituciones universitarias (n=12), el 7% de centros de investigación (n=1) y un registro en la escuela de medicina que equivale al 7%. Con respecto a los departamentos de investigación, en su mayoría está conformado por el departamento de enfermería (n=4), seguido por psicología (n=3) y medicina (n=1), entre otros. Los enfoques más representativos del grupo 2 para al analizar las consecuencias psicológicas de la VPI son: los estudios de la relación entre la VPI y salud mental (n=4, 29%), la relación entre la VPI y la depresión (n=4, 29%) y la relación entre la VPI y el suicidio (n=2, 14%).

**Tabla 8. Resumen de los estudios de impactos Psicológicos.**

Autor/Departamento/ Universidad/País	Tipo de estudio (Muestra)	Objetivo	Principales resultados
Okafor et al., 2021 <sup>(35)</sup> División de Enfermedades Infecciosas, Escuela de Medicina David Geffen, UCLA, EE. UU.	Estudio de cohorte (981 mujeres)	El objetivo de este estudio fue investigar la asociación longitudinal entre la VPI emocional, física o sexual y los síntomas de depresión entre las mujeres sudafricanas en un estudio de cohorte prospectivo	Todas las formas de VPI, incluyendo características sociodemográficas y clínicas, uso de sustancias y trauma infantil, emocional y VPI sexual se asociaron significativamente con síntomas de depresión significativos. La relación entre la VPI física y los síntomas de depresión no fue estadísticamente significativa.
Veloso, Monteiro, 2019 <sup>(49)</sup> Universidad Federal de Piauí, Programa de Posgraduación en Enfermería, Brasil	Estudio Transversal (369 mujeres)	Analizar el consumo de alcohol y tabaco por mujeres y la ocurrencia de VPI.	El consumo de alcohol aumentó en 2,15 veces la probabilidad de que la mujer fuera violada por el compañero íntimo, mientras que el consumo de tabaco aumentó tal posibilidad en 2,04 veces.
Aye et al., 2020 <sup>(25)</sup> Departamento de Medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Oslo, Noruega	Estudio Transversal (2.383 hombres y mujeres)	Evaluar la asociación entre cualquier violencia doméstica de por vida y la angustia mental entre hombres y mujeres casados alguna vez.	La angustia mental se asoció significativamente con la Violencia doméstica de por vida en mujeres que tenían miedo de sus maridos y hombres que tenían esposas que exhibían comportamientos controladores.
Miller et al, 2021 <sup>(46)</sup> Universidad George Washington, EE. UU.	Estudio Transversal (1391 mujeres)	Determinar la relación entre la exposición a la VPI durante el embarazo, las ideas suicidas y la salud de las mujeres en Guyana.	El comportamiento controlador de la pareja mostró una asociación positiva y significativa con una experiencia materna de violencia física durante el embarazo. Sufrir violencia física durante el embarazo, aunque no a lo largo de la vida, se asoció significativamente con mayores probabilidades de un estado de salud general deficiente. Tanto la violencia física durante el embarazo como la violencia física a lo largo de la vida se asociaron significativamente con mayores probabilidades de ideas suicidas.
Da Silva et al., 2021 <sup>(45)</sup> Universidad Federal de Piauí, Brasil	Estudio Transversal (369 mujeres)	Investigar la asociación entre las ideas suicidas y la VPI en las mujeres	Se identificó una asociación entre las ideas suicidas y la VPI, psicológica y moral. Ser víctima de VPI aumenta 4,35 veces las posibilidades de que las mujeres piensen en cometer actos contra su propia vida.
Guimaraes et al., 2018 <sup>(41)</sup> Facultad de Ciencias Médicas de Campina Grande, Brasil	Estudio Cualitativo (11 mujeres)	El objetivo del estudio fue investigar cuál es el impacto en la autoestima de las mujeres víctimas de violencia.	Se identificó que la violencia trajo sufrimiento e impactos en la vida de la mujer como pérdida de su identidad, desestructuración en la autoimagen, sentimiento de impotencia y reducción de la autoestima.
Esie et al., 2019 <sup>(48)</sup> Departamento de Epidemiología, Universidad de Columbia, EE. UU.	Estudio longitudinal (3.290 mujeres casadas)	Estimación de los efectos de la VPI sobre el riesgo de Episodio Depresivo Mayor (EDM) reciente entre las mujeres casadas en las zonas rurales de Bangladesh.	Los niveles más altos de gravedad de la VPI psicológica, física y sexual se asociaron significativamente con el EMD, así como con la lesión relacionada con la VPI. En las zonas rurales de Bangladesh, la gravedad de todos los tipos de violencia de pareja marital contra las mujeres está fuertemente relacionada con un mayor riesgo de EMD.

## Continuación de la Tabla 8.

Autor/Departamento/ Universidad/País	Tipo de estudio (Muestra)	Objetivo	Principales resultados
Nowshad et al., 2022 <sup>(20)</sup> Centro de Investigación Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts, EE. UU.	Estudio Transversal (789 mujeres casadas)	Estimar la prevalencia de la VPI y los factores de riesgo asociados en mujeres casadas en aldeas rurales de Gilgit Baltistán en Pakistán.	La prevalencia de VPI en mujeres se asoció significativamente con depresión en 55,1 % de los casos de VPI. El nivel de educación del esposo (universidad/superior) y los altos ingresos familiares, protegeron contra la VPI. El aumento de la edad y la mala relación con la suegra aumentaron el riesgo de VPI. La VPI se asoció positivamente con síntomas de depresión, mala calidad de vida percibida y mala salud.
Santos et al., 2021 <sup>(52)</sup> Programa de Posgraduación en Salud Colectiva, Universidad Federal de Espírito Santo, Brasil	Estudio Transversal (330 puérperas)	Analizar la prevalencia de síntomas depresivos posparto en puérperas y su asociación con la violencia.	Madres solteras que deseaban abortar, que consumieron alcohol durante el embarazo, que experimentaron VPI en la vida y durante el embarazo tuvieron una mayor prevalencia de síntomas depresivos. La violencia causada por una pareja íntima a lo largo de la vida y, específicamente, la practicada por una pareja íntima durante el embarazo, fueron eventos asociados con mayor prevalencia de síntomas depresivos posparto.
Sanz-Barbero et al., 2019 <sup>(18)</sup> Departamento de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, España.	Estudio Transversal (8.935 mujeres)	Analizar el impacto en la salud, producto de victimización por VPI actual en diferentes etapas de la vida.	Las mujeres expuestas a la VPI física/sexual actual tienen una mayor probabilidad de reportar una mala salud autopercebida, mala salud mental y limitaciones de actividad. Solo para la VPI psicológica, hay un aumento en la probabilidad de mala salud autopercebida mala salud mental y limitaciones de actividad
Cirici Amell et al., 2023 <sup>(33)</sup> Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Barcelona, España	Estudio Transversal (164 mujeres)	Examinar la prevalencia de depresión, ansiedad y TETP en mujeres víctimas de VPI, y analizar las relaciones entre el tipo de exposición a VPI, sus consecuencias psicológicas y el ajuste de la vida diaria	De 104 mujeres, el 73% presentaron VPI física. Además, el 73% tenía síntomas de depresión, el 77% rasgo de ansiedad. La prevalencia TETP fue del 87%. La VPI interfirió significativamente en todos los aspectos de la vida cotidiana del 92% de la muestra.

Torkashvand et al., 2020 <sup>(37)</sup> Universidad de Ciencias Médicas de Hamadan, Irán	Estudio Transversal (143 mujeres)	Investigar la variable relacionada para la violencia sexual contra mujeres con pareja VIH+ y su relación con los problemas mentales en ellas.	De 407 pacientes masculinos VIH+, se evaluaron las esposas que sufrieron violencia sexual. La media de violencia sexual en mujeres con cónyuge VIH+ fue significativamente mayor que en el grupo control. Entre todas las variables, el sexo inseguro, la relación extramatrimonial, el tabaquismo, el alcohol, la pareja múltiple y el suicidio se relacionaron significativamente con la violencia sexual; pero la edad, el área de vida, el nivel educativo, los ingresos y el trabajo tanto en hombres como en mujeres no tenían una relación estadísticamente significativa con la violencia sexual.
Andrews et al., 2019 <sup>(14)</sup> Departamento de Estudios sobre la Infancia, Universidad de Brock Canadá	Estudio de Revisión	Comprender el vínculo entre las experiencias de violencia de las mujeres en las relaciones a través del desarrollo y los problemas posteriores de uso de sustancias	la VPI es una fuerza disruptiva de por vida en el desarrollo neurológico de las mujeres, lo que puede llevar a las mujeres a usar sustancias, así como a mayores deficiencias del desarrollo y relacionales
Lourenço, Costa, 2020 <sup>(31)</sup> Universidad Federal de Juiz de Fora, Brasil	Estudio de Revisión (20 estudios)	Investigar las consecuencias de la VPI para la salud de las mujeres.	Las consecuencias más frecuentes de la VPI para la salud de la mujer son mentales o psicológicas, como trastorno de pánico, tristeza, soledad y baja autoestima.

### *Impactos en la salud física y psicológica*

Las consecuencias físicas y psicológicas se presentan en la **Tabla 9**. Este grupo contiene 9 estudios, 4 son de tipo transversal, 2 son estudios de revisión y hay un estudio longitudinal, uno interpretativo y uno cualitativo. En este grupo se registran dos tipos muestras, mujeres (n=7, 78%), que suman un total 8.705 y artículos (n=2, 22%) con una muestra total 53.

**Tabla 9. Resumen de los estudios de impactos físicos y psicológicos.**

Autor/Departamento/ Universidad/País	Tipo de estudio (Muestra)	Objetivo	Principales resultados
Jovanović et al., 2020 <sup>(51)</sup> Facultad de Medicina, Universidad de Novi Sad, Serbia.	Estudio Transversal (6320 mujeres)	El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de la violencia en la salud de las mujeres	Las mujeres que habían sufrido violencia doméstica tenían menos probabilidades de percibir su salud como buena que las mujeres que no habían sufrido violencia doméstica. y más probabilidades de informar dolor intenso o muy intenso, exposición al estrés y la presión y depresión. La exposición a la violencia también se asoció con el uso de pastillas para dormir o sedantes, con el uso frecuente de alcohol y aborto.
Cerda-De la O et al., 2022 <sup>(30)</sup> Clínica de Género y Sexualidad, Instituto Nacional de Psiquiatría, México	Estudio Transversal (130 mujeres)	Comparar la calidad de vida y los cambios en la respuesta del cortisol a un factor estresante agudo entre mujeres expuestas a VPI y mujeres no expuestas. También se analizaron las diferencias según los síntomas de ansiedad y depresión, incluido el riesgo de pensamientos suicidas.	Las mujeres expuestas a la VPI, con síntomas graves de ansiedad y depresión, así como pensamientos suicidas, mostraron una mayor respuesta de cortisol después de la prueba cognitiva e informaron una menor calidad de vida en comparación con las mujeres que experimentaron VPI con síntomas moderados de ansiedad y depresión. las mujeres sin antecedentes de VPI con síntomas mínimos a moderados, que mostraron un perfil de cortisol disminuido.

Winter et al., 2020 <sup>(19)</sup> Escuela de Trabajo Social de Columbia, Universidad de Columbia, EE.UU.	Estudio Transversal (361 mujeres)	Explorar empíricamente las asociaciones entre las experiencias de VPI de las mujeres y su salud física y mental	Las experiencias de las mujeres con la VPI se asociaron con menores probabilidades de tener buena salud física, mayores probabilidades de problemas de salud ginecológica y reproductiva, angustia psicológica, depresión, tendencias suicidas y uso de sustancias
Torres García et al., 2021 <sup>(16)</sup> Departamento de Personalidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España	Estudio Transversal (68 mujeres)	Analizar las secuelas de la VPI sobre la atención y la memoria, así como la posible asociación de estas secuelas a la depresión.	Se muestra que las mujeres víctimas de violencia de género presentan mala memoria a corto plazo, control atencional y puntajes bajos en el diagnóstico neuropsicológico. El 60% de las participantes sufre de algún tipo relevante de depresión. Se encontró una relación directa entre la memoria y el control atencional y una relación inversa entre la memoria a corto plazo y la depresión.
Campos et al., 2019 <sup>(44)</sup> Universidad Federal de Bahía, Brasil	Estudio cualitativo (11 mujeres)	Develar los signos y síntomas indicativos de implicaciones para el binomio madre-hijo en mujeres en situación de violencia doméstica.	Los trastornos del sueño, la tensión emocional, el comportamiento depresivo, las marcas de agresión física y el dolor de cabeza figuran entre los principales síntomas psíquicos y físicos relacionados con la experiencia de violencia, que pueden predisponer a las mujeres embarazadas y puérperas a complicaciones.

<b>Autor/Departamento/ Universidad/País</b>	<b>Tipo de estudio (Muestra)</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Principales resultados</b>
Goldberg et al., 2021 <sup>(38)</sup> Departamento de Salud Mental, Universidad Autónoma de Barcelona, España	Estudio de Revisión	Revisar la literatura que aborda la VPI desde la perspectiva del marco neurobiológico del estrés crónico. Presentar el modelo de estrés crónico que se utiliza típicamente en la investigación neurobiológica.	La dinámica de la VPI es cíclica y presenta episodios recurrentes de violencia. Un solo evento de VPI activa el eje HPA de la misma manera que un factor estresante agudo, desencadenando respuestas centrales y periféricas representadas principalmente por cambios adaptativos cerebrales y cardiorrespiratorios. A medida que los eventos violentos se repiten con el tiempo, los cambios en los sistemas primarios se consolidan y la respuesta inmune se intensifica. Estas alteraciones consolidadas son los correlatos neurobiológicos de las enfermedades no transmisibles más comúnmente encontradas entre los sobrevivientes de VPI, que aparecen en diferentes momentos durante la vida y pueden superponerse.
Nguyen et al., 2022 <sup>(17)</sup> Unidad de Investigación de Enfermedades No Transmisibles, Consejo de Investigación Médica de Sudáfrica, Sudáfrica	Estudio longitudinal (1799 mujeres)	Describir las asociaciones de exposición a la VPI, la violencia sexual fuera de la pareja y el acoso sexual con hipertensión en mujeres sudafricanas de 18 a 40 años.	La hipertensión arterial fue más prevalente en mujeres con antecedentes de todas las formas de VPI en comparación con las mujeres sin ella. Las variables que se asociaron hipertensión fueron: frecuente violencia sexual fuera de la pareja, cualquier tipo de acoso sexual, frecuente VPI física y emocional, y una mayor gravedad de la VPI emocional. La depresión actual, los síntomas de estrés postraumático y / o el consumo excesivo de alcohol mediaron total o parcialmente estas asociaciones.

<p>García-Montes et al., 2022 <sup>(21)</sup> Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España</p>	<p>Estudio interpretativo (16 mujeres)</p>	<p>Analizar el impacto de la violencia en la salud de las mujeres y los sentimientos generados durante el período de exposición a la violencia.</p>	<p>Entre las consecuencias físicas, se mencionaron: latigazo cervical, fibromialgia, pérdida de dientes. Uno de los problemas de salud más recurrentes fueron los trastornos del sueño, ya sea como respuesta corporal al estrés psicológico que sufrían las mujeres o como resultado de pesadillas sobre su agresor. En cuanto a las consecuencias psicológicas, se mencionaron: trastornos de ansiedad, intrusión continua de recuerdos. las consecuencias sociales: soledad.</p>
<p>Yim, Kofman, 2019 <sup>(13)</sup> Departamento de Ciencias Psicológicas, Universidad de California, EE.UU.</p>	<p>Estudio de Revisión (53 estudios)</p>	<p>Realizar una revisión sistemática de la investigación publicada desde 2000 hasta 2018 sobre los correlatos biológicos y psicológicos relacionados con el estrés y las consecuencias de la exposición a la VPI.</p>	<p>hay dos líneas de investigación, una biológica y otra psicológica, que evolucionaron por separado y siguen siendo distintas. La literatura biológica, aunque limitada por muestras pequeñas y por su enfoque en solo unos pocos biomarcadores, proporciona evidencia emergente de desregulaciones en los marcadores endocrinos e inflamatorios relacionados con el estrés que están en línea con los patrones observados en individuos con estrés crónico. La literatura psicológica proporciona una fuerte evidencia de que la VPI está asociada con el estrés psicológico, y los pocos estudios longitudinales sugieren además que el estrés psicológico sigue a nuevos casos de VPI.</p>

### Continuación de la Tabla 9.

Con respecto a la afiliación de los autores, el 78% son de instituciones universitarias (n=7), el 22% de centros de investigación (n=2). Con respecto a los departamentos de investigación, los autores provienen de departamentos de medicina (n=5, 62.5%), de epidemiología (n=1, 12.5%), de género y sexualidad (n=1, 12.5%) y de trabajo social (n=1, 12.5%). Los enfoques encontrados en este grupo para analizar los impactos de la VPI son: estudios de VPI y salud física y mental (n= 4, 44%), estudios de revisión (n= 2, 22%), un estudio de VPI y el cerebro (n= 1, 11%), un estudio de VPI y la salud (n= 1, 11%) y un estudio de violencia doméstica y salud (n= 1, 11%).

### Discusión

Se analizaron las características externas e internas de los artículos y se encontró que la principal revista de publicación en los últimos años es IJERPH. También que los principales países donde se realizan estas investigaciones son Estados Unidos y Brasil. La mayoría de los investigadores provienen de instituciones universitarias y la mayoría de los estudios se realizaron en departamentos de medicina y en menor medida enfermería y psicología.

Esto sugiere la necesidad de intensificar la investigación de VPI en las ciencias de la enfermería. Ya que la VPI es un problema mundial de salud pública y la OMS enfatiza la necesidad de una comprensión adecuada entre el personal de salud. Entre los profesionales de la salud, el personal de enfermería, está en una posición estratégica para dar soporte a las

víctimas de VPI, ya que son el primer punto de contacto para las mujeres que buscan servicios de salud. Por lo tanto, el personal de enfermería debe tener la capacidad de identificar a las víctimas de VPI y dar asesoramiento, derivación psicológica y de seguridad e informar a las mujeres sobre las consecuencias negativas en su salud a largo plazo.

También se encontró que la mayoría son estudios transversales y los principales indicadores biológicos utilizados fueron el cortisol salival y el índice de masa corporal. Con respecto al contenido de los artículos, mediante el análisis exhaustivo de 39 estudios relacionados con la violencia de pareja y las consecuencias en la salud de la mujer, hemos encontrado que el vínculo entre la violencia de pareja, el estrés y las enfermedades es claro, y está bien documentado. Los resultados de la revisión indican que varias consecuencias físicas y psicológicas derivan de la violencia de pareja íntima. En los problemas de nutrición destacaron el riesgo de obesidad, bajo peso y anorexia. Entre los problemas de reproducción femenina están la desregulación del ciclo menstrual, hipoestrogenismo, insuficiencia ovárica prematura, embarazos prematuros, embarazos no deseados, abortos espontáneos, problemas de lactancia materna, problemas de salud ginecológica y reproductiva, prohibición de usar métodos anticonceptivos, sexo inseguro y vulnerabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual. En los problemas durante el embarazo y postparto destacan la infección vaginal, el trabajo de parto prematuro, la rotura prematura de la membrana, desregulación metabólica, resistencia a la insulina, metabolismo desregulado de la glucosa que provoca diabetes gestacional, vulnerabilidad en la atención prenatal y la depresión postparto. Con respecto a los problemas en el funcionamiento del cerebro a causa de lesiones se encuentran la disminución del rendimiento global y motor durante tareas cognitivo-motoras complejas, alteración en las estructuras cerebrales como disminución en la amígdala e ínsula, activación de la amígdala solo con palabras, lesión cerebral traumática, politraumatismos, traumatismo craneoencefálico, mala memoria a corto plazo, bajo puntaje de diagnóstico neuropsicológico, y desarrollo neurológico deficiente.

Entre los problemas físicos en general, incluidos los traumas físicos y la desregulación del eje HPA destacan la respuesta inmune intensificada, enfermedades no transmisibles, hipertensión arterial, latigazo cervical, lesiones maxilofaciales, traumatismos, fibromialgia, pérdida de dientes, dolor de cabeza, dolor intenso, limitaciones de actividad, desregulación de los niveles de cortisol vespertino y niveles de cortisol al despertar, desregulación de cortisol capilar a la baja, descuido de su salud y menos posibilidades de diagnósticos médicos.

Entre las consecuencias psicológicas las más frecuentes son la depresión, el TETP, el trastorno depresivo mayor, los trastornos de ansiedad, los pensamientos y tendencias suicidas,

la mala salud y mala calidad de vida autopercibida. Entre las consecuencias menos frecuentes están el uso de pastillas para dormir o sedantes, el uso frecuente de alcohol y drogas, el aborto, los trastornos del sueño, la intrusión continua de recuerdos, la soledad, la tensión emocional, la angustia mental, la pérdida de identidad, la desestructuración en la autoimagen, los sentimientos de impotencia, la reducción de la autoestima, los trastornos de pánico, la tristeza, la baja autoestima y las malas relaciones.

El estudio de revisión presenta algunas limitaciones. La búsqueda se limitó a 4 bases de datos para obtener publicaciones acerca de la literatura brasilera e internacional de los efectos adversos de la VPI sobre la salud de las mujeres. Es posible que el número de bases de datos sea mínimo considerando que se trató de buscar literatura a nivel mundial. Además, debido a que hay trabajos de varios países difícilmente las conclusiones de la revisión se pueden generalizar a la realidad brasilera. Debido a que el estudio se limitó solo a efectos adversos en la salud de víctimas de sexo femenino, pudieron haberse excluidos estudios importantes sobre la agresión en hombres, porque, aunque es poco común también existe.

## **Conclusiones**

En el análisis de los artículos se encontró que la depresión y el TEPT son los trastornos más comunes de la exposición a la violencia, y que los malos resultados de salud asociados con la violencia están mediados por estos trastornos, es decir, que cuando una víctima desarrolla depresión o TEPT, estos actúan como mediadores, moderando o agravando el cuadro de enfermedad en las víctimas. En general la depresión y el TEPT conducen a conductas de salud negativas y merman la calidad de vida de las mujeres.

Mejorar la comprensión entre la violencia de pareja íntima y los efectos nocivos a largo plazo en la salud, podría conducir a medios más efectivos de intervención por parte del personal de enfermería. Ya que el desarrollo de intervenciones efectivas requiere conocimiento sobre los caminos hacia las consecuencias adversas para la salud. Por esto, es importante seguir estudiando los mecanismos y efectos del estrés psicosocial a través de la investigación científica para mejorar la calidad de vida de las víctimas. Es decir, para que las enfermeras se ocupen de la violencia de pareja, necesitan ampliar su comprensión y conocimientos en este tema. Por lo tanto, si las enfermeras comprenden las vías que conducen a la enfermedad, así como los factores de riesgo de la violencia (p.ej., mujeres sin educación y jóvenes, etc.), y ponen en práctica ese conocimiento, mejorarán la eficiencia en el cuidado y atención al paciente.

En última instancia, se espera que los resultados de esta investigación sirvan como base para nortear futuras investigaciones, ya que las informaciones detalladas y agregadas sobre

consecuencias en la salud podría servir para intentar replicar un determinado estudio en otra muestra y así contrastar resultados. Se alienta a los investigadores a desarrollar estudios longitudinales, ya que así se podrá introducir la variable tiempo en el análisis. Esto podría ser de gran relevancia ya que se podría investigar en que tiempo se desarrollan las enfermedades o el periodo temporal en el cual la víctima logra recuperarse de los impactos tanto físicos como biológicos.

## Referencias

1. ONU. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución. 1993;48(104):20. Disponible en: <https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html>
2. Burczycka M, Conroy S. Family violence in Canada: A statistical profile, 2016. Juristat Can Cent Justice Stat. 2018;1-96. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2018001/article/54893-eng.htm>
3. OMS. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. WHO. World Health Organization; 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es/index.html>
4. Lara Caba EZ, Aranda Torres C, Zapata Boluda RM, Bretones Callejas C, Alarcón R. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. Rev Argent Cienc Comport. 2019;11(1):1-8. DOI: <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
5. Mora LA. Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia). Medicina (Mex). 2019;41(4):299-321. Disponible en: <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/1441>
6. Safranoff A. SciELO - Salud Pública - Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n4/611-632/es/>
7. Moreira PAS, Pinto Mrý, Cloninger CR, Rodrigues D, da Silva CF. Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: the role of personality. PeerJ. 2019;7: e6647-e6647. DOI: [10.7717/peerj.6647](https://doi.org/10.7717/peerj.6647)
8. Antai D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? BMC Womens Health. 20 de diciembre de 2011;11(1):56. DOI: [10.1186/1472-6874-11-56](https://doi.org/10.1186/1472-6874-11-56).
9. Yim IS, Kofman YB. The psychobiology of stress and intimate partner violence. Psychoneuroendocrinology. julio de 2019; 105:9-24. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2018.08.017](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.08.017)
10. Black MC. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. Am J Lifestyle Med. 2011;5(5):428-39. DOI: <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
11. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. EXCLI J. 21 de julio de 2017; 16:1057-72. DOI: [10.17179/excli2017-480](https://doi.org/10.17179/excli2017-480)
12. Stubbs A, Szoek C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. Trauma Violence Abuse. 2021;1524838020985541. DOI: [10.1177/1524838020985541](https://doi.org/10.1177/1524838020985541)

13. Gamez C. Así funciona el circuito del miedo en nuestro cerebro. La Información. 2010. Disponible en: [https://www.lainformacion.com/tecnologia/asi-funciona-el-circuito-del-miedo-en-nuestro-cerebro\\_nwpGydHpAnF4Z2uhykhNs7/](https://www.lainformacion.com/tecnologia/asi-funciona-el-circuito-del-miedo-en-nuestro-cerebro_nwpGydHpAnF4Z2uhykhNs7/)
14. Carlson NR. Fisiología de la conducta. 2014. Disponible en: <https://biblioteca.uazuay.edu.ec/buscar/item/82000>
15. Wong JYH, Fong DYT, Lai V, Tiwari A. Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 1 de enero de 2014; 15(1):22-33. DOI: [10.1177/1524838013496333](https://doi.org/10.1177/1524838013496333)
16. Lovallo WR, Buchanan TW. Stress hormones in psychophysiological research: emotional, behavioral, and cognitive implications. 2017. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2016-44948-021>
17. Basu A, Levendosky AA, Lonstein JS. Trauma Sequelae and Cortisol Levels in Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Psychodyn Psychiatry*. junio de 2013;41(2):247-75. DOI: [10.1521/pdps.2013.41.2.247](https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.247)
18. Andrews NCZ, Motz M, Bondi BC, Leslie M, Pepler DJ. Using a Developmental-Relational Approach to Understand the Impact of Interpersonal Violence in Women Who Struggle with Substance Use. *Int J Environ Res Public Health*. enero de 2019;16(23):4861. DOI: [10.3390/ijerph16234861](https://doi.org/10.3390/ijerph16234861)
19. Pheiffer C, Dias S, Adam S. Intimate partner violence: a risk factor for gestational diabetes. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):7843. DOI: [10.3390/ijerph17217843](https://doi.org/10.3390/ijerph17217843)
20. Torres García AV, Vega-Hernández MC, Antón Rubio C, Pérez-Fernández M. Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de diciembre de 2021;19(1):346. DOI: [10.3390/ijerph19010346](https://doi.org/10.3390/ijerph19010346)
21. Nguyen KA, Abrahams N, Jewkes R, Mhlongo S, Seedat S, Myers B, et al. The Associations of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence with Hypertension in South African Women. *Int J Environ Res Public Health*. 29 de marzo de 2022;19(7):4026. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074026>
22. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLOS ONE*. 9 de octubre de 2019;14(10):e0221049. DOI: [10.1371/journal.pone.0221049](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049)
23. Winter SC, Obara LM, McMahon S. Intimate partner violence: A key correlate of women's physical and mental health in informal settlements in Nairobi, Kenya. *PLOS ONE*. 2 de abril de 2020;15(4):e0230894. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230894>
24. Nowshad G, Jahan N, Shah NZ, Ali N, Ali T, Alam S, et al. Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan. *PLOS ONE*. 21 de septiembre de 2022;17(9):e0268735. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268735>
25. García-Montes R, Fares-Medina S, Diaz-Caro I, Corral-Liria I, García-Gómez-Heras S. The impact of violence on women's health. The present as a reflection of the past: A qualitative study. *PLOS ONE*. 9 de septiembre de 2022;17(9):e0273973. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273973>
26. Alhalal E, Falatah R. Intimate partner violence and hair cortisol concentration: A biomarker for HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;122:104897. DOI: [10.1016/j.psyneuen.2020.104897](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2020.104897)
27. Neumeister P, Gathmann B, Hofmann D, Feldker K, Heitmann CY, Brinkmann L, et al. Neural correlates of trauma-related single word processing in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychol*. octubre de 2018; 138:172-8. DOI: [10.1016/j.biopsycho.2018.09.010](https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.09.010)

28. Elkhateeb R, Abdelmegeed A, Ahmad S, Mahran A, Abdelzaher WY, Welson NN, et al. Impact of domestic violence against pregnant women in Minia governorate, Egypt: a cross sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 de julio de 2021; 21:535. Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-021-03953-9>
29. Aye WT, Lien L, Stigum H, Schei B, Sundby J, Bjertness E. Domestic violence victimisation and its association with mental distress: a cross-sectional study of the Yangon Region, Myanmar. *BMJ Open*. 16 de septiembre de 2020;10(9):e037936. DOI: [10.1136/bmjopen-2020-037936](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037936)
30. Ferdos J, Rahman M. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. *Cad Saúde Pública*. 6 de agosto de 2018; 34. Available from: <http://www.scielo.br/j/csp/a/7mwjGXwYDsQXDBbQPbRkkn/?lang=en>
31. Mendoza Huertas L, Mendoza Ladrón De Guevara N. Impact of Violence against Women on Sexual and Reproductive Health: Research Protocol and Results from a Pilot Study. 2022; DOI:[10.31083/j.ceog4907145](https://doi.org/10.31083/j.ceog4907145)
32. Santos DF, Silva R de P, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RS de, et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2021 30. Available from: <http://www.scielo.br/j/ress/a/R5qVyQjqhRc8fLjbcHxxgFg/?lang=en>
33. Wadji DL, Gaillard C, Ketcha Wanda GJM, Wicky C, Morina N, Martin-Soelch C. HPA-axis activity and the moderating effect of self-esteem in the context of intimate partner violence in Cameroon. *Eur J Psychotraumatology*. enero de 2021; 12(1): 1930897. DOI: [10.1080/20008198.2021.1930897](https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1930897).
34. Cerda-De la O B, Cerda-Molina AL, Mayagoitia-Novales L, de la Cruz-López M, Biagini-Alarcón M, Hernández-Zúñiga EL, et al. Increased Cortisol Response and Low Quality of Life in Women Exposed to Intimate Partner Violence With Severe Anxiety and Depression. *Front Psychiatry*. 2022; 13. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2022.898017>
35. Lourenço LM, Costa DP. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. *Gerai Rev Interinstitucional Psicol*. enero de 2020;13(1):1-18. DOI: <https://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>
36. Chaudhary A, Nakarmi J, Goodman A. Association between intimate partner violence and nutritional status of married Nepalese women. *Glob Health Res Policy*. 18 de mayo de 2022; 7:14. DOI: [10.1186/s41256-022-00248-0](https://doi.org/10.1186/s41256-022-00248-0)
37. Cirici Amell R, Soler AR, Cobo J, Soldevilla Alberti JM. Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *Int J Psychiatry Med*. 1 de enero de 2023; 58(1):6-19. DOI: [10.1177/00912174211050504](https://doi.org/10.1177/00912174211050504)
38. Berman Z, Assaf Y, Tarrasch R, Joel D. Macro-and microstructural gray matter alterations in sexually assaulted women. *J Affect Disord*. 2020; 262:196-204. DOI: [10.1016/j.jad.2019.10.024](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.024)
39. Okafor CN, Barnett W, Zar HJ, Nhapi R, Koen N, Shoptaw S, et al. Associations of Emotional, Physical, or Sexual Intimate Partner Violence and Depression Symptoms Among South African Women in a Prospective Cohort Study. *J Interpers Violence*. mayo de 2021;36(9-10):NP5060-83. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001943](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001943)
40. Maldonado-Rodriguez N, Crocker CV, Taylor E, Jones KE, Rothlander K, Smirl J, et al. Characterization of Cognitive-Motor Function in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence-Related Brain Injury. *J Neurotrauma*. octubre de 2021; 38(19): 2723-30. DOI: [10.1089/neu.2021.0042](https://doi.org/10.1089/neu.2021.0042)

41. Torkashvand S, Pirdehghan A, Jiriae N, Hoseini M, Ahmadpanah M. Sexual Violence in Women with HIV Positive Spouse and Their Mental Health. *J Res Health Sci.* 27 de febrero de 2020;20(1): e00472. DOI: [10.34172/jrhs.2020.07](https://doi.org/10.34172/jrhs.2020.07)
42. Goldberg X, Espelt C, Porta-Casteràs D, Palao D, Nadal R, Armario A. Non-communicable diseases among women survivors of intimate partner violence: Critical review from a chronic stress framework. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; 128: 720-34. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2021.06.045](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.045)
43. Sousa MEP de, Santana MR de, Cunha GIM da, Sousa MR da S, Silva IM do N, Gonçalves FR. Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. *Nurs São Paulo.* 2020;4703-6. DOI: <https://doi.org/10.36489/nursing.2020v23i269p4703-4710>
44. Felix RS, Figueirêdo DU, Urquiza SP de M, Cavalcante GMS, de Souza AF. Perfil das lesões maxilofaciais em mulheres vítimas de violência periciadas em uma cidade do estado da Paraíba. *Rev Bras Odontol Leg RBOL.* 2020; [12, 21] - [12,21]. DOI: <https://doi.org/10.21117/rbol-v7n32020-308>
45. Guimarães RCS, Soares MC da S, Santos RC dos, Moura JP, Freire TVV, Dias MD, et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. *Rev Cuid.* abril de 2018; 9(1):1988-97. DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.438>
46. Silva TM, Lima E de FA, Santana NMT, Tavares FL, Primo CC, Leite FMC. Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online.* 2018;986-90. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.986-990>
47. Leite FMC, Amorim MHC, Gigante DP. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. *Rev Saúde Pública.* 23 de noviembre de 2018. Available from: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/FG5xMP5BBtpNhHY5fwNBK7M/?format=html&lang=en>
48. Campos LM, Gomes NP, Oliveira PS de, Couto TM, Virgens I da R, Mota RS. Violência conjugal e suas implicações para o binômio mãe-filho: o discurso feminino. *Rev Eletrônica Enferm.* 31 de diciembre de 2019; 21: 53227-53227. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53227>
49. da Silva Júnior FJG, de Souza Monteiro CF, Carvalho J, Sales S, Costa APC, Teixeira MIR, et al. Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo. *Rev Enferm UERJ.* 2021;29(1):54288. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.54288>
50. Miller L, Contreras-Urbina M. Exploring the determinants and outcomes of intimate partner violence during pregnancy for Guyanese women: Results from a nationally representative cross-sectional household survey. *Rev Panam Salud Pública.* 24 de marzo de 2021;45: e6. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.6>
51. Tiwari S, Gray R, Jenkinson C, Carson C. Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 de mayo de 2018;53(5):509-19. DOI: [10.1007/s00127-018-1504-3](https://doi.org/10.1007/s00127-018-1504-3)
52. Esie P, Osypuk TL, Schuler SR, Bates LM. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - Popul Health.* 1 de abril de 2019; 7:100368. DOI: [10.1016/j.ssmph.2019.100368](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100368)
53. Veloso C, Monteiro CF de S. Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. *Texto Contexto Enferm.* 2019; e20170581-e20170581. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0581>
54. Romero-Martínez Á, Blasco-Ros C, Martínez M, Moya-Albiol L. Hormonal Alterations in Victimized Women Explained by Their Hostile Reactions in Coping with Couple Violence. *Span J Psychol.* 23 de octubre de 2019; 22:E40. DOI: <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.43>

55. Jovanović VM, Čanković S, Milijašević D, Ukropina S, Jovanović M, Čanković D. Health consequences of domestic violence against women in Serbia. *Vojnosanit Pregl.* 2020;77(1). DOI: <https://doi.org/10.2298/VSP171130054M>
56. Santos DF, Silva R de P, Tavares FL, Primo CC, Maciel PMA, Souza RS de, et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. *Epidemiol E Serviços Saúde.* 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/R5qVyQjqhRc8fLjbcHxxgFg/?lang=pt>
57. McIntyre RS, Rong C, Subramaniapillai M, Lee Y. *Trastorno depresivo mayor.* Elsevier Health Sciences; 2020. 202 p. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=es&lr=&id=15buDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=McIntyre+RS,+Rong+C,+Subramaniapillai+M,+Lee+Y.+Trastorno+depresivo+mayor,+Elsevier+Health+Sciences%3B+2020.+202+p.+&ots=6EiLKPElVz&sig=HZCU7aS7883XqGZWL BzOvLuv01E&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=es&lr=&id=15buDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=McIntyre+RS,+Rong+C,+Subramaniapillai+M,+Lee+Y.+Trastorno+depresivo+mayor,+Elsevier+Health+Sciences%3B+2020.+202+p.+&ots=6EiLKPElVz&sig=HZCU7aS7883XqGZWL BzOvLuv01E&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)

## 5.2. Artículo II

### Características de la violencia de pareja íntima y perfiles de la víctima y el agresor

#### Characteristics of intimate partner violence and profiles of the victim and the aggressor

Mercedes Mejía, Mara Santos da Silva

#### Resumen

**Objetivo:** Describir los tipos de violencia, el perfil de la víctima y el perfil del agresor de la violencia de pareja íntima. **Método:** Se trata de un estudio transversal documental sobre las características de las mujeres que denunciaron violencia de pareja y las características de los autores de dicha violencia. Con una muestra de 162 denuncias de violencia contra la mujer, registradas en la Delegación Especializada en Atención a la Mujer de la ciudad de Rio Grande-RS para el año 2019. **Resultados:** los perfiles más representativos de las víctimas fueron mujeres solteras de 21 a 30 años con educación básica y con hijos del agresor y mujeres casadas de 31 a 40 años con educación media y con hijos de otra relación. Con respecto al perfil del agresor, predominó hombres de 31 hasta 40 años con educación básica y media. **Conclusión:** Es importante investigar las características personales de las mujeres víctimas de violencia y de los hombres agresores. Promover investigaciones de alcance descriptivo, y avanzar hacia investigaciones de alcance explicativo. Ya que el análisis de los perfiles puede contribuir a la definición de estrategias de prevención y políticas públicas para combatir la violencia.

**Descriptor:** Violencia de Pareja Intima; Descripción; Perfil; Víctima; Agresor

#### Abstract

**Objective:** Describe the types of violence, the profile of the victim and the profile of the aggressor of intimate partner violence. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study on the characteristics of women who reported partner violence and the characteristics of the perpetrators of such violence. With a sample of 162 complaints of violence against women, registered in the Delegation Specialized in Attention to Women of the city of Rio Grande-RS for the year 2019. **Results:** the most representative profiles of the victims were single women aged 21 to 30 years with basic education and with children of the aggressor and married women from 31 to 40 years with secondary education and with children from another relationship. Regarding the profile of the aggressor, there was a predominance of men between the ages of 31 and 40 with basic and secondary education, and that 26% of the cases consume drugs and alcohol, with cocaine and crack being the most consumed drugs. **Conclusion:** Type or text.

**Descriptors:** Intimate Partner Violence; Description; Profile; Victim; Aggressor

## Introducción

La violencia contra las mujeres y específicamente la violencia de pareja íntima (VPI) es la mayor atrocidad cometida contra los derechos humanos (SANZ-BARBERO et al., 2014) y es un problema global de salud pública, ya que ocurre en todas las sociedades del mundo y no distingue raza, estatus económico o cultura (MELÉNDEZ ROSALES, 2012). La VPI se refiere a la violencia cometida por una pareja en el contexto de una relación íntima actual o anterior (PEREIRA et al., 2020). La salud general y el bienestar social de las mujeres se ven seriamente afectados, al momento de experimentar estos actos violentos, ya sean físicos, psicológicos, o sexuales (NEILL; PETERSON, 2014). Históricamente a partir de la década del setenta, la violencia doméstica ha sido objeto de estudio (BEZERRA; RODRIGUES, 2021), en el cual se ha investigado una amplia gama de variables, por ejemplo, variables biológicas y genéticas (ver BOURASSA et al., 2020), infanto-juveniles (ver THULIN et al., 2021), familiares (ver TURPRATS, 2019), sociológicas y características de la persona adulta (ver KIVISTO, 2015). En las primeras cuatro variables, pocos estudios tienen una relación establecida con la agresión femenina por parte de la pareja masculina. Por el contrario, las variables de características de la persona adulta se han relacionado de manera más consistente con la agresión femenina por parte de la pareja masculina y su contribución ha sido bien documentada. Esto es así porque muchos factores socioeconómicos, culturales y políticos, así como características personales como la edad, la educación, el estado civil y el uso de sustancias, intervienen en la violencia de pareja (BOUGHIMA et al., 2018). La OMS, (2021) sostiene que las mujeres jóvenes tienen más probabilidad de ser víctimas de violencia y abuso sexual, y los hombres jóvenes son más propensos a cometer actos de violencia física. Por ejemplo, DELMORO et al., (2022) encontró que las principales características de una mujer violentada es tener un rango de edad entre 18 y 30 años y ser estudiante universitario, entre otras características.

Con respecto a la educación, esta es decisiva y ampliamente reconocida como un factor de riesgo, ya que la falta de educación aumenta el riesgo de que los hombres puedan ser violentos y las mujeres puedan ser víctimas de violencia (CANTO et al., 2020). Un estudio realizado por BRASILEIRO; DE MELO, (2016) encontró que el 55.8% de los agresores estudiaron hasta a la escuela secundaria fundamental. También se ha encontrado que el estado civil de una mujer influye en los resultados de victimización por VPI. Al respecto, CANTO et al., (2020) argumentan que las mujeres divorciadas son más propensas a ser víctimas de VPI en comparación con las mujeres casadas. En contraparte, otros estudios sostienen que las mujeres solteras tienen mayor probabilidad de sufrir violencia, por ejemplo, en el estudio de

CAMPBELL et al., (2020) se encontró que mujeres solteras de 20 a 39 años fueron desproporcionadamente representadas como víctimas de VPI. El consumo de sustancias como drogas y alcohol también ha sido ampliamente reconocido en la literatura como factor de riesgo para la violencia (LEONARD; QUIGLEY, 2017), ya que los efectos de estas sustancias aumentan la probabilidad de cometer actos de violencia física o sexual contra las mujeres (ORTIZ, 2018) y aumentar tanto la frecuencia como la gravedad de la violencia (CAFFERKY et al., 2018). Existe una alta prevalencia de VPI perpetrada por hombres que consumen sustancias (STEPHENS-LEWIS et al., 2021).

Describir los tipos de violencia y conocer el perfil de los involucrados en la violencia de pareja íntima permitirá desarrollar medidas de intervención para la prevención y promoción de la salud de los involucrados (VASCONCELOS et al., 2016). Por lo tanto, el objetivo del presente documento es describir los tipos de violencia contra la mujer cometidas por su pareja, perfil de la víctima y el perfil agresor, a partir de los registros de violencia contra la mujer de la Delegación Especializada en Atención a la Mujer de la ciudad de Rio Grande/RS.

## **Metodología**

### **Área de Estudio**

El municipio de Rio Grande es la ciudad más antigua del estado de Rio Grande del Sur fundada en 1737. Tiene una población estimada de 212881 personas al 2021 y una densidad demográfica de 72.79 Hab/km<sup>2</sup>. Rio Grande tiene el 1.86% de la población estadual al 2021, eso lo posiciona en el ranking número 10 de población. En el ámbito laboral ocupa en ranking 9 en salario medio mensual de los trabajadores formales. Sin embargo, estos no son los únicos rankings en los que el municipio mantiene una buena posición, ya que tan solo en los 5 primeros meses del año se contabilizaron 184 crímenes de amenazas contra la mujer, lo que posiciona a la ciudad en el ranking 12 a nivel estadual (ver Tabla ). También en el mismo periodo se han denunciado 152 crímenes de lesiones corporales y 12 casos de violaciones, posicionándolo en el ranking 10 y 16 a nivel estadual con estos respectivos delitos (SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA DE RS, 2022). Las denuncias del crimen de violación han ido en aumento en esta ciudad, ya que en el año 2012 se registraron 0 denuncias y en el año 2021 esta cifra aumento a 32, y con respecto al crimen de femicidio consumado y femicidio tentado, estas cifras pasaron de 0 en 2012 a 10 en 2021 y de 0 en 2012 a 3 en 2021 respectivamente. Las cifras demuestran que la tendencia de crímenes contra la mujer en Rio Grande es vertiginosa (SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA DE RS, 2022).

**Tabla 1. Rankings de crímenes contra la mujer a nivel estadual.**

Municipio	Amenaza			Lesión corporal				Estupro			
	N	%	R	Municipio	N	%	R	Municipio	N	%	R
Porto alegre	1298	9.9	1	Porto alegre	1006	13.21	1	Porto alegre	101	11.69	1
Caxias do sul	472	3.61	2	Pelotas	276	3.62	2	Canoas	39	4.51	2
Canoas	426	3.25	3	Canoas	256	3.36	3	Gravatái	36	4.17	3
Santa maria	390	2.98	4	Caxias do sul	238	3.13	4	Alvorada	28	3.24	4
Passo fundo	325	2.48	5	Viamao	208	2.73	5	Caxias do sul	23	2.66	5
Pelotas	319	2.44	6	Passo fundo	191	2.51	6	Pelotas	21	2.43	6
Alvorada	306	2.34	7	Santa maria	178	2.34	7	Viamao	21	2.43	7
Viamao	286	2.18	8	Alvorada	168	2.21	8	Santa maria	18	2.08	8
Gravatái	279	2.13	9	Gravatái	158	2.08	9	N. hamburgo	16	1.85	9
N. hamburgo	255	1.95	10	<b>Rio grande</b>	<b>152</b>	<b>2.00</b>	<b>10</b>	Sapucaia do sul	16	1.85	10
Sao leopoldo	252	1.92	11					Guaiba	15	1.74	11
<b>Rio grande</b>	<b>184</b>	<b>1.41</b>	<b>12</b>					Sao leopoldo	15	1.74	12
								B. gonalves	14	1.62	13
								Passo fundo	13	1.50	14
								Sapiranga	13	1.50	15
								<b>Rio grande</b>	<b>12</b>	<b>1.39</b>	<b>16</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de la secretaria de seguridad pública de RS. Descargar [aquí](#)

N= número de denuncias al 22 de mayo de 2022, R= rankings a nivel estadual.

Lo anteriormente expuesto resalta la importancia de la realización del presente estudio para la ciudad de Rio Grande.

### Tipo de estudio

El presente documento comprende un estudio de tipo transversal, de naturaleza descriptiva basado en datos secundarios de los registros de ocurrencia de un servicio de protección a víctimas situado en la ciudad de Rio Grande/RS.

### Fuente de obtención de los datos

Los datos fueron obtenidos de la base de datos del grupo de investigación GEPEFES (Grupo de Pesquisa em Família, Enfermagem e Saúde). La muestra comprende un total de 162 registros del año 2019. La base de datos del grupo GEPEFES se compone de los registros de Boletines de Ocurrencia de violencia contra la mujer. Estos registros provienen de dos fuentes principales: la Delegacia Especializada en Atención a la Mujer (DEAM), y la Delegacia de Protección de la Niñez y Adolescencia (DPCA), ambas localizadas en el municipio de Rio Grande, sur de Brasil. Estas delegacias son servicios que integran la Red de asistencia y protección a víctimas de violencia de Rio Grande.

GEPEFES recolecta, almacena, limpia y gestiona estos registros, proporcionando así una fuente de datos confiable y disponible para diferentes tipos de investigaciones en el área de la salud. Estos registros constituyen información explícita sobre el perfil de la víctima, el agresor y de la violencia.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación en el Área de Salud (CEPAS) de la Universidad Federal de Río Grande (FURG), así como la autorización de la Delegación Especializada en Atención a la Mujer. Se respetaron todos los preceptos éticos establecidos por la Resolución 510/2016.

### **Variables del estudio**

Estas se componen de variable de violencia referida, variables de la víctima y variables del agresor. La primera se refiere a los tipos de violencia que sufrió la víctima y que fue motivo de la denuncia. Las variables de la víctima y el agresor se refieren a las características personales de la mujer violentada y del autor de la agresión (su pareja).

La variable para describir la violencia fue: tipo de violencia. Las variables de la víctima según el nivel individual del modelo ecológico fueron: Grupos de edad, Estados civil, Nivel de educación y Uso de sustancias, y según el nivel relacional fueron: tenencia de hijos, número de hijos, grupo etario de los hijos, y si los hijos presenciaron la violencia. Las variables para el agresor según el nivel individual del modelo ecológico fueron: Grupos de edad, Nivel de educación y Uso de sustancias.

Para tener una visión individual y conjunto de las variables, estas serán analizadas mediante dos herramientas: las tablas de frecuencias y los gráficos de barras múltiples (Small Multiples Bar Graph). Las tablas serán utilizadas para una descripción individual, y los gráficos de barras para describir las variables de manera conjunta. Este tipo de gráficos son de mucha utilidad cuando se desea presentar las frecuencias cruzadas de múltiples variables en un solo gráfico.

### **Resultados**

Dividimos los resultados en 3 secciones, iniciando con los tipos de violencias, seguido del perfil de la víctima y finalizamos con el perfil del agresor. En cada sección se hará un análisis individual de las variables (tabla) y un análisis conjunto (gráficos).

#### **Tipos de violencia**

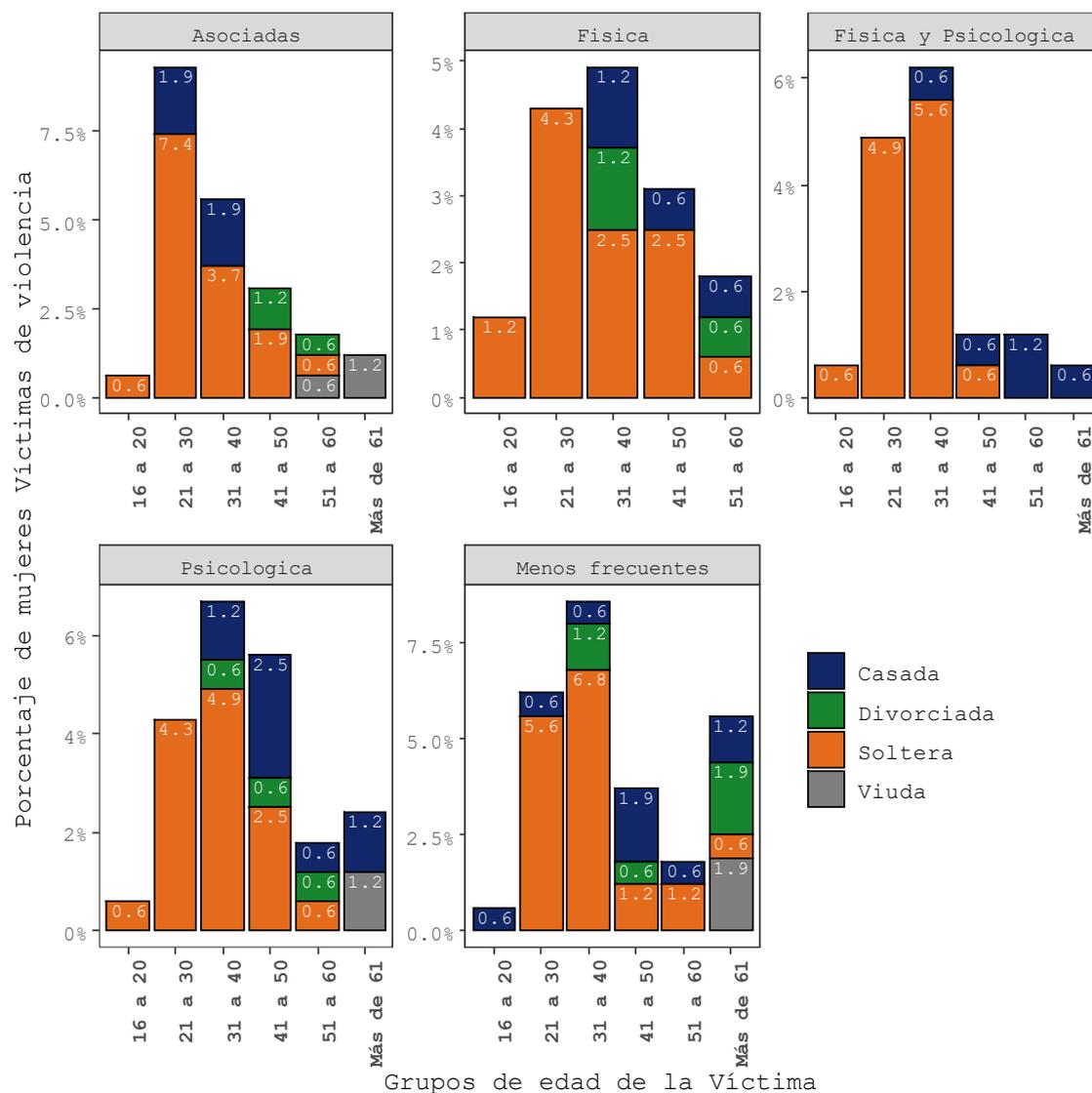
La **Tabla** muestra los tipos de violencia que sufrieron las víctimas, siendo las violencias asociadas (N=35, 22%) y las psicológicas (N=35, 22%) las más representativas de la muestra, seguidas de la violencia física (N=25, 15%) y la violencia física y psicológica juntas (N=24, 15%). La tabla también muestra el número de violencias que sufrió la víctima, es decir, si en la agresión hubo un tipo de violencia o más de una.

**Tabla 2. Prevalencia de las agresiones por tipo de violencia (N=162)**

Tipo de violencia	N	%	Num. de violencias	Grupos
Asociadas	35	22%	Violencia única	Violencias más frecuentes [N=119, 73.46 %]
Psicológica	35	22%	Violencia única	
Física	25	15%	Violencia única	
Física y Psicológica	24	15%	Violencia doble	
Moral	10	6%	Violencia única	Violencias menos frecuentes [N=43, 26.54 %]
Psicológica y Moral	8	5%	Violencia doble	
Física, Psicológica y Moral	6	4%	Violencia triple	
Sexual	4	2%	Violencia única	
Patrimonial	3	2%	Violencia única	
Física y Moral	2	1%	Violencia doble	
Psicológica y Patrimonial	2	1%	Violencia doble	
Física, Psicológica, Patrimonial y Moral	1	1%	Violencias múltiples	
Física, Psicológica, Sexual y Moral	1	1%	Violencias múltiples	
Negligencia	1	1%	Violencia única	
Psicológica y Negligencia	1	1%	Violencia doble	
Psicológica y Sexual	1	1%	Violencia doble	
Psicológica, Física y Sexual	1	1%	Violencia triple	
Psicológica, Patrimonial y Asociadas	1	1%	Violencia triple	
Psicológica, Patrimonial y Moral	1	1%	Violencia triple	

La violencia única fue la más representativa (N= 113, 69.75%), seguido de las violencias dobles (N= 38, 23.46%), violencias triples (N= 9, 5.56%) y violencias múltiples (2, 1.23%). En la muestra se pueden identificar dos grupos de violencias, el primer grupo se refiere a las cuatro violencias más frecuentes, que representan el 73,46% (N=119), y el segundo grupo contiene 15 tipos de violencias menos frecuentes, incluidas desde violencias únicas hasta múltiples y que representan el 26,54%.

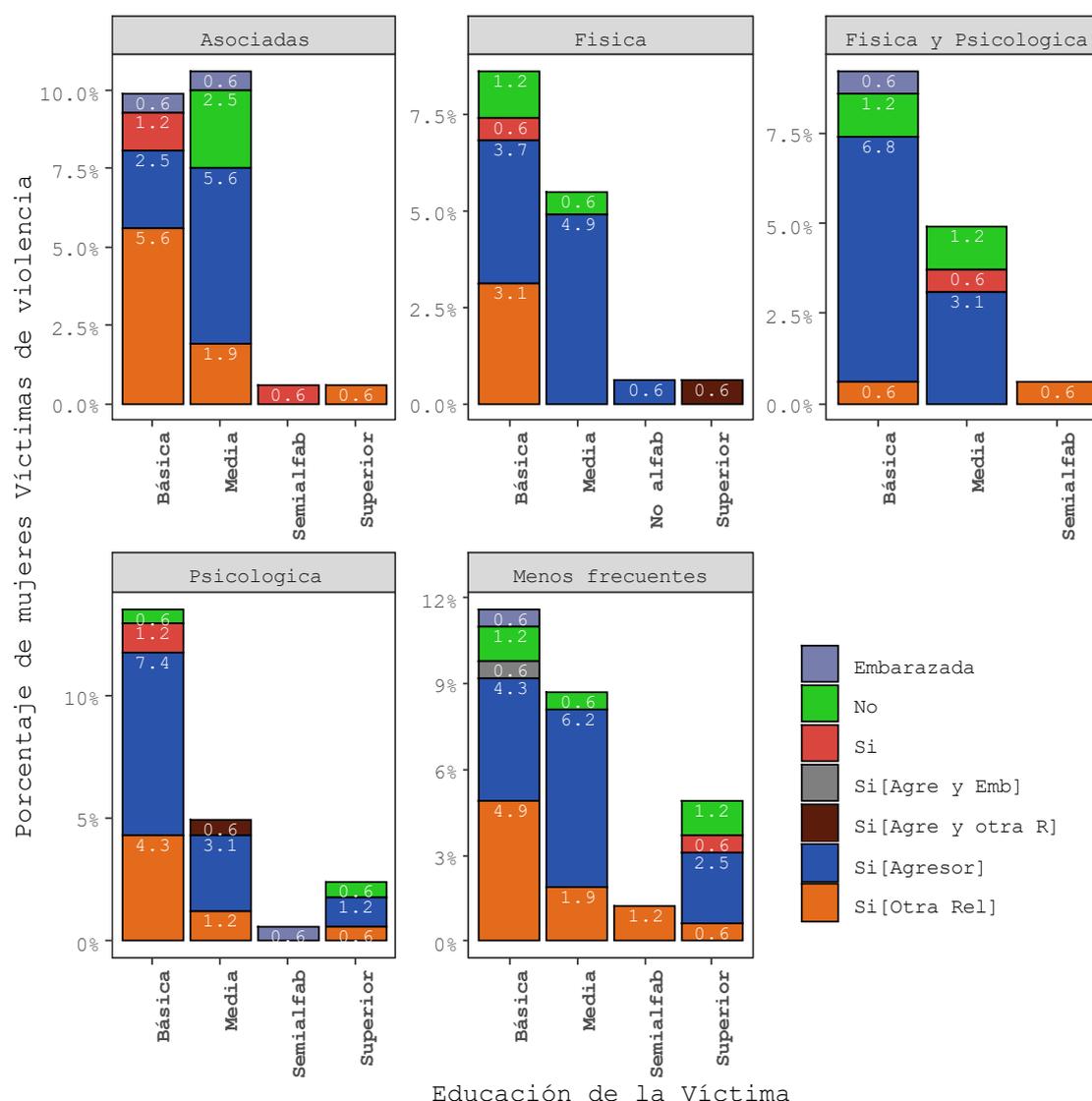
Con respecto al análisis conjunto, la muestra los tipos de violencia tomando en cuenta los grupos de edad y el estado civil de las víctimas. Se observa que el 22% de mujeres que experimentaron violencias asociadas, se componen principalmente de mujeres de 21 a 30 años (9,3%=1.9+7.4) y de mujeres de 31 a 40 años (5,6%=1.9+3.7).



**Figura 1. Tipos de violencia según grupos de edad y estado civil de la víctima**

Ambos grupos de edad están compuestos principalmente por mujeres solteras con 7,4% y 3,7% respectivamente, y en menor medida mujeres casadas con el 1,9% para ambos grupos. Con respecto a las violencias físicas, el 15% de este grupo se compone principalmente de mujeres de 32 a 40 años (4,9%), de 21 a 30 (4,3%) y de 41 a 59 (3,1%), y la mayoría son solteras y en menor medida casadas y divorciadas. Del 15% de mujeres que sufrieron doble violencia (física y psicológica) la mayoría son solteras entre de 21 a 40 años.

La **Figura** muestra los tipos de violencia tomando en cuenta la educación de la víctima y si tiene hijos o no (con información de la paternidad). Del 22% de las víctimas que sufrieron de violencias asociadas, el 9,9% de mujeres tiene educación básica y 10,6% tiene educación media.



**Figura 2. Tipos de violencia según educación y tenencia de hijos de la víctima**

Del porcentaje de mujeres que tiene educación básica el 5.6% tiene hijos de otra relación y el 2.5% tiene hijos del agresor, en las mujeres que tienen educación media el 2.5% no tiene hijos, el 5.6% tiene hijos del agresor y el 1.9% tiene hijos de otra relación. En el grupo de mujeres que sufrió agresión física los niveles de educación más representativos son la educación básica y media, en ambos grupos hay mínimos porcentajes de mujeres que no tiene hijos, mientras que la mayoría tiene hijos del agresor y en menor medida de otra relación. En los otros tipos de violencia la tendencia es la misma, un mayor porcentaje de mujeres tienen educación básica y media, y la mayoría tiene hijos del agresor y en menor medida, hijos de otra relación.

### Perfil de la víctima

En la **Tabla** se muestran las frecuencias de las variables del nivel individual del modelo ecológico. Se evidencia que los grupos de edad más representativos son las mujeres de 31 a 40 años (N=52, 32.10%) y las de 21 a 30 años (N=47, 29%). En la muestra de 162 mujeres, el 53% presentaron educación básica (N=86), seguido de educación media con un 35% (N=56).

**Tabla 3. Frecuencias de variables del nivel individual de la víctima (N=162)**

Grupos de Edad	N	%	Educación	N	%
31 a 40 años	52	32.10%	Básica (8 años de escolaridad)	86	53.09%
21 a 30 años	47	29.01%	Media (11 años de escolaridad)	56	34.57%
41 a 50 años	27	16.67%	Superior (16 años de escolaridad)	14	8.64%
Más de 61 años	16	9.88%	Semialfabetizado	5	3.09%
51 a 60 años	14	8.64%	No alfabetizado	1	0.62%
16 a 20 años	6	3.70%			
Estado Civil	N	%	Sustancias	N	%
Soltera	106	65%	No informado	157	97%
Casada	33	20%	Antidepresivos	2	1%
Divorciada	15	9%	Cocaína	2	1%
Viuda	8	5%	No	1	1%

Con respecto al estado civil un gran porcentaje de mujeres son solteras (N=106, 65%) y en menor medida casadas, divorciadas y viudas. El uso de sustancias fue poco informado con un 97% de falta de respuesta, cuatro mujeres afirmaron usar antidepresivos (N=2) y cocaína (N=2).

Los gráficos de barras de la **Figura** muestran los grupos de edad considerando la educación y el estado civil de la víctima. En el grupo de edad más joven de 16 a 20 años se encontraron mujeres de educación básica y media, solteras y en menor medida casadas. En el segundo grupo de edad más representativo, del 29 % de mujeres la mayoría presentó educación básica y media y mínimos porcentajes de mujeres semialfabetizadas y con educación superior, casi todas solteras y en menor medida casadas. En el grupo de 31 a 40 años, del 53% de mujeres en este rango de edad, la mayoría presentaron educación básica y media, la mayoría solteras, seguido de casadas y un porcentaje mínimo de divorciadas. En las mujeres de 41 a 50 años, la educación básica y media sigue siendo la más representativa, sin embargo, hay un crecimiento porcentual en las mujeres con educación superior, y la mayoría son solteras, pero también hay un crecimiento en el porcentaje de mujeres casadas.

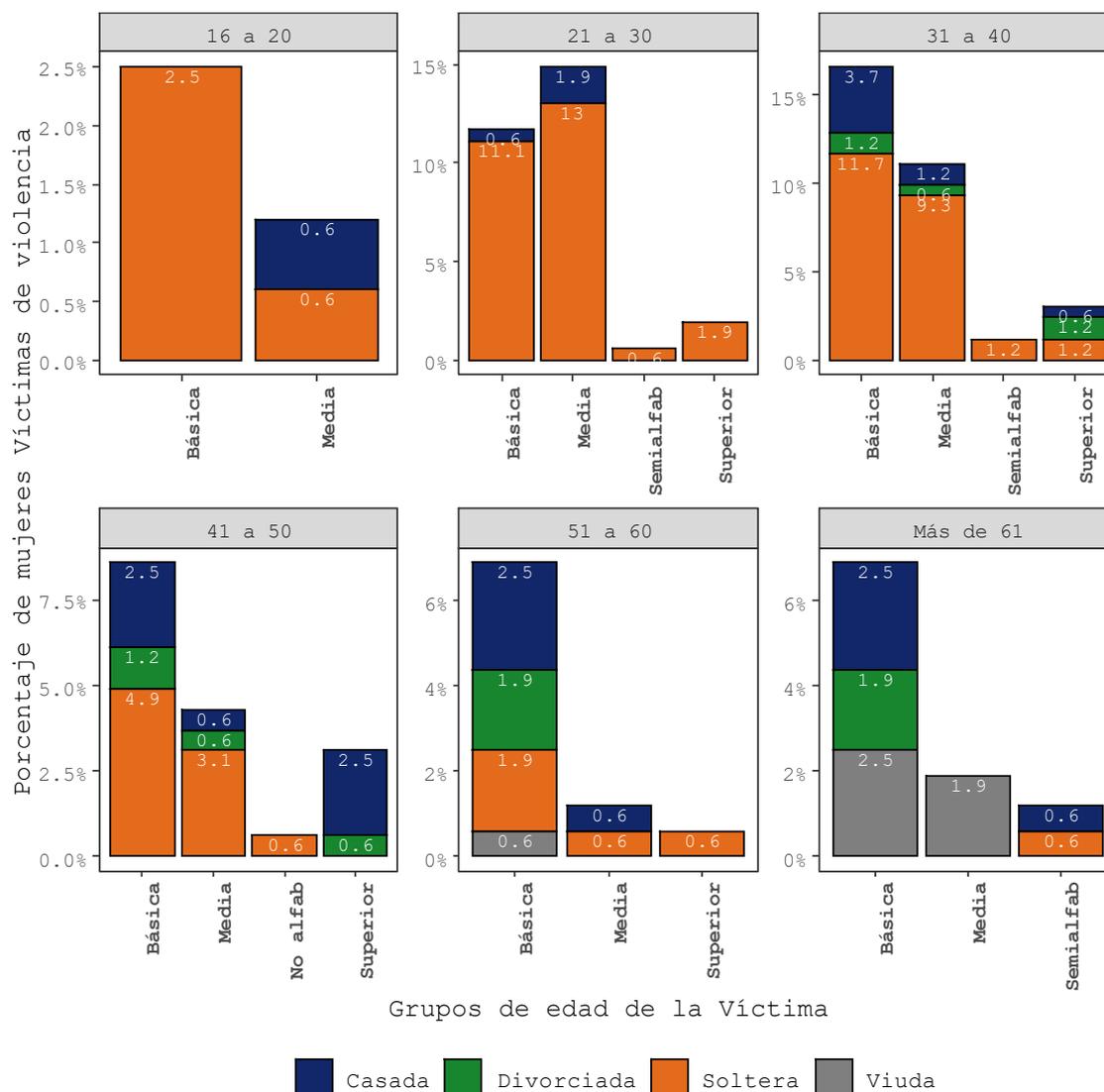


Figura 3. Grupos de edad según educación y estado civil de la víctima

En las mujeres de 51 a 60 años también predomina la educación básica, las mujeres con este nivel educativo y de esta edad son en su mayoría casadas, seguido de divorciadas y solteras y en menor medida viudas. En el grupo etario más longevo, la mayoría de mujeres tienen educación básica. En esta edad, hay un mayor porcentaje de viudas y casadas.

La **Tabla** presenta la frecuencia de las variables del nivel relacional en el modelo ecológico. Con respecto a la tenencia de hijos en las víctimas, la gran mayoría si tienen hijos (N=139, 86%), siendo estos principalmente del agresor (N=84, 52%) y de otra relación (N=44, 27%). Con respecto al número de hijos, la mayoría de mujeres tienen uno (N=68, 42%) y dos hijos (N=29, 18%). Un porcentaje relativamente alto de hijos presenciaron la violencia (31%) y más del 50% de mujeres (N=96, 59%) no informaron acerca del tema.

**Tabla 4. Frecuencias de variables del nivel relacional de la víctima (N=162)**

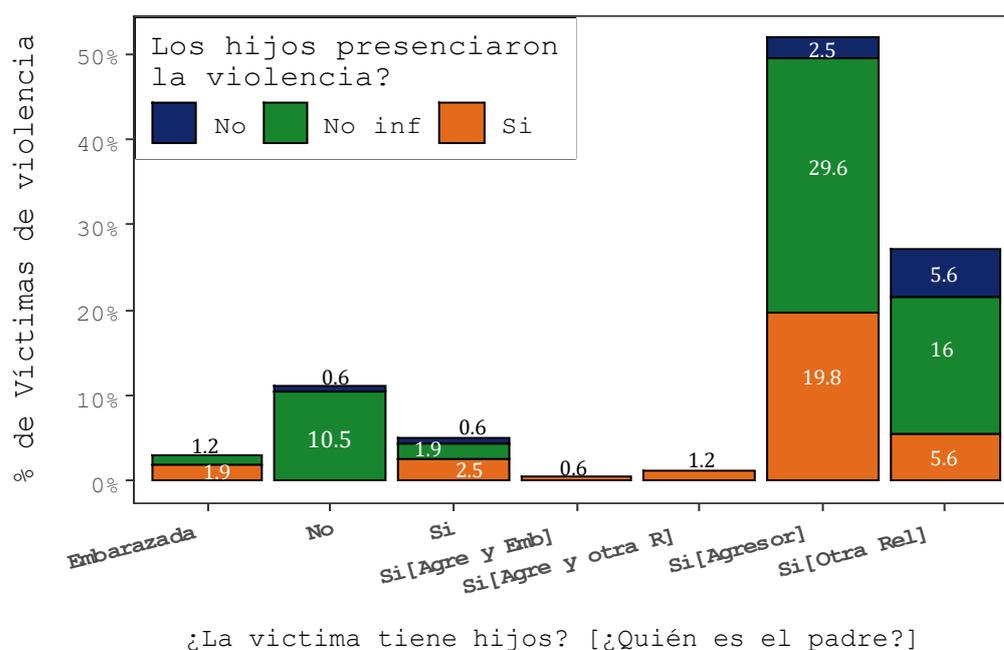
La víctima tiene hijos	N	%	Número de hijos	N	%
Si	8	5%	1	68	42%
Si, con el agresor	84	52%	2	29	18%
Si, de otra relación	44	27%	3	9	6%
Si, del agresor y de otra relación	2	1%	4	5	3%
Si, del agresor y embarazada	1	1%	5	1	1%
Embarazada	5	3%	7	1	1%
No	18	11%	8	1	1%
			NA	48	30%

Hijos presenciaron la violencia	N	%	Edad de los hijos	N	%
Si	51	31%	0 a 12 años	54	33%
No	15	9%	12 a 17 años	3	2%
No informado	96	59%	18 años y más	23	14%
			Varias edades	6	4%
			No informado	76	47%

Los rangos de edad más representativos de los hijos son los menores de edad de 0 a 12 años (N=54, 33%) y los mayores de edad de 18 años en adelante (N=23, 14%).

La **Figura** muestra la relación entre la tenencia de hijos y si los hijos observaron la violencia. Se muestra que del 52% de mujeres que tienen hijos con el agresor, el 2.5% de mujeres informaron que los hijos no presenciaron la violencia, el 29.6% no informaron nada al respecto y el 19.8% informaron que sus hijos si presenciaron la violencia.

**Figura 4. Relación entre la tenencia de hijos y la observancia de la violencia por parte de los niños.**

En las mujeres que tienen hijos de otra relación, el 5.6% informaron que los hijos no presenciaron la violencia, el 16% no informaron nada al respecto y el 5.6% informaron que sus hijos si presenciaron la violencia. En las otras categorías de tenencia de hijos, de forma agregada el 1.2% de mujeres informaron que sus hijos no presenciaron la violencia, el 13.6% no informaron nada y el 6.2% informaron que si presenciaron la violencia.

### Perfil del agresor

En la **Tabla** se muestran las frecuencias de las variables del nivel individual del modelo ecológico. Los grupos de edad de mayor representatividad son los hombres de 31 a 40 años (N=51, 31%) y los de 21 a 30 años (N=33, 20%).

**Tabla 5. Frecuencias de variables del nivel individual del agresor (N=162)**

Grupos de Edad	N	%	Educación	N	%
10 a 15	1	1%	Semialfabetizado	1	1%
16 a 20	5	3%	Básica	67	41%
21 a 30	33	20%	Media	35	22%
31 a 40	51	31%	Superior	4	2%
41 a 50	23	14%	No informado	55	34%
51 a 60	9	6%			
61 a 70	1	1%			
Más de 70	2	1%			
No Informado	37	23%			
Uso de Sustancias	N	%	Cual sustancia	N	%
Alcohol	10	6%	Alcohol	5	3%
Drogas	32	20%	Alcohol y Drogas	1	1%
Alcohol y Drogas	3	2%	Cocaína	8	5%
Medicamentos	2	1%	Cocaína y alcohol	1	1%
Uso asociado	2	1%	Crack	7	4%
No informado	113	70%	Narcóticos	1	1%
			No informado	139	86%

Existe un porcentaje alto de edades no informadas (N=37, 23%). Con respecto a la educación, los porcentajes más altos se encuentran en hombres con educación básica (N=67, 41%) y media (N=35, 22%). En el uso de sustancias el 70% de los casos no informaron nada al respecto y las sustancias más usadas son las drogas (N=32, 20%) y el alcohol (N=10, 6%), siendo la cocaína y el crack las drogas más consumidas.

La **Figura** muestra los grupos de edad del agresor tomando en cuenta su educación y el uso de sustancias. La muestra tiene un agresor menor de edad y este tiene educación básica y consume drogas. Los agresores de 16 a 20 años presentan educación básica y consumo de drogas. En los agresores de 21 a 30 años la mayoría presentan educación básica y media con pequeños porcentajes de consumo de drogas y en menor medida de alcohol y medicamentos.

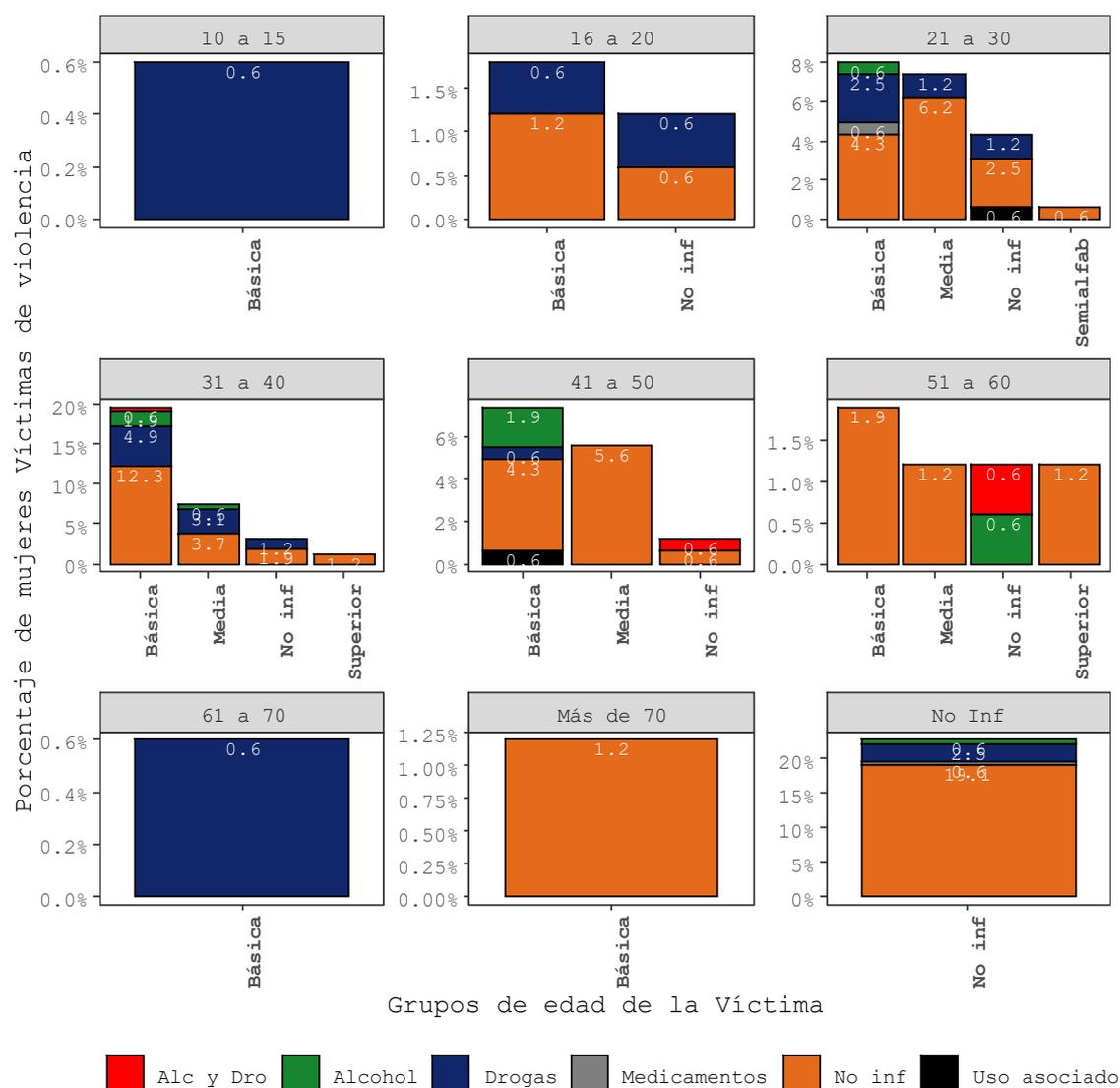


Figura 5. Grupos de edad según educación y uso de sustancias del agresor

En los hombres de 31 a 40 años la educación básica es predominante, seguido de educación media y en menor medida educación superior. En el consumo de sustancia de este grupo etario se encuentra principalmente la droga y pequeños porcentajes de consumo de alcohol y la combinación de ambos. Los hombres de 41 a 50 años mayoritariamente tienen educación básica y media, y en el consumo de sustancias se encuentra el alcohol y en menor medida la droga y usos asociados. En los hombres de 51 a 60 años, la mayoría tiene educación básica y el porcentaje de educación media se iguala a la educación superior. Se encuentra el consumo de alcohol y drogas en este grupo. En los agresores más longevos, de 61 a 70 y mayores a 70 años. Se presenta educación básica en estos grupos y consumo de drogas.

## Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo describir los tipos de violencia que experimentaron 162 mujeres de la ciudad de Rio Grande, Brasil, así como describir el perfil de estas mujeres y el perfil de sus parejas agresoras.

Se analizaron variables ampliamente documentadas como principales factores de riesgo como la edad, el estado civil, la educación, el uso de sustancias y la tenencia de hijos. El análisis cuantitativo de estas variables mostró que los tipos de violencia más representativos fueron las violencias asociadas, las psicológicas, las físicas y las violencias físicas y psicológicas juntas. Los perfiles de víctimas más representativos fueron mujeres solteras, y en menor medida casadas, desde 21 hasta 40 años con educación básica y media. Al considerar, los grupos de edad por educación y el estado civil de la víctima, se encontró que, en los grupos de edad más juveniles, el perfil más representativo fueron mujeres solteras con educación básica y media. Mientras que los grupos de edad más avanzados aumentan los porcentajes de mujeres casadas, divorciadas y en menor medida viudas. Al considerar, la tenencia los hijos, se encontró que los perfiles más representativos fueron mujeres con hijos del agresor y en menor medida con hijos de otra relación. Con respecto al perfil del agresor, los perfiles más representativos fueron hombres de 31 hasta 40 años con educación básica y media.

Estos hallazgos son consistentes con otros estudios similares, por ejemplo, el estudio (BOUGHIMA et al., 2018) analizó el perfil de 254 mujeres víctimas de violencia de pareja y encontró que la mayoría de las víctimas eran jóvenes y tenían un nivel educativo y económico medio. Los agresores consumían tóxico en más de tres cuartas partes de los casos. Y la violencia física fue una de las más frecuentes.

El estudio de (DELMORO et al., 2022) tuvo por objetivo identificar las características de las mujeres víctimas de violencia, y encontraron que las principales características fueron mujeres jóvenes universitarias entre 18 y 30 años, que consumían alcohol y drogas.

El estudio presenta las siguientes limitaciones: se contó con una muestra limitada de registros de violencia, esto probablemente impida obtener conclusiones generales acerca del perfil de víctimas y agresores para la ciudad de Rio Grande. Debido a limitaciones por la pandemia de COVID-19 los registros de violencia se encontraban relativamente desactualizados.

## Conclusión

Es importante investigar las características personales de las mujeres víctimas de violencia y de los hombres agresores. Promover investigaciones de alcance descriptivo, como el actual estudio, y avanzar hacia investigaciones de alcance explicativo. Ya que el análisis de los perfiles puede contribuir a la definición de estrategias de prevención y políticas públicas para combatir la violencia.

Conocer el perfil del agresor y los factores asociados a la violencia permitirá a los profesionales de la salud y a la sociedad en general desarrollar medidas de intervención para la prevención y promoción de la salud de los involucrados. Por ejemplo, considerando que muchas víctimas tienen miedo de contar sus experiencias. Si un profesional de salud que atiende a una mujer en situación de violencia, que no muestra señales físicas visibles y además que la víctima sienta miedo o vergüenza de hablar al respecto, si el profesional de salud sabe de antemano los perfiles más representativos de las víctimas de violencia, y si esta paciente presente dicho perfil, el profesional de salud puede ofrecer la ayuda y el apoyo necesario para que esta paciente se sienta segura y acuda con las autoridades pertinentes.

Finalmente, dado que el conocimiento de los perfiles es esencial para medidas específicas y decisivas contra la violencia, se espera que este estudio conduzca a nuevas investigaciones para comprender mejor este fenómeno en esta región y guiar un trabajo similar en otros lugares.

## Referencias

- BEZERRA, A. R.; RODRIGUES, Z. M. R. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís-MA. **Revista Do Departamento de Geografia**, v. 41, p. e176806–e176806, 2021.
- BOUGHIMA, F. A. et al. The profile of women victims of domestic violence in Morocco. **La Revue de Médecine Légale**, v. 9, n. 3, p. 96–102, 1 set. 2018.
- BOURASSA, K. J. et al. Intimate partner violence and lower relationship quality are associated with faster biological aging. **Psychology and aging**, v. 35, n. 8, p. 1127, 2020.
- BRASILEIRO, A. E.; DE MELO, M. B. Agressores na violência doméstica: um estudo do perfil sociojurídico. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 2, n. 2, p. 189–208, 2016.
- CAFFERKY, B. M. et al. Substance use and intimate partner violence: a meta-analytic review. *Psychol Violence*. 2018.
- CAMPBELL, A. M. et al. Characteristics of Intimate Partner Violence Incidents and the Environments in Which They Occur: Victim Reports to Responding Law Enforcement Officers. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 35, n. 13–14, p. 2583–2606, jul. 2020.

CANTO, Y. E. et al. Análisis ecológico de la violencia sexual de pareja en mujeres peruanas. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 1, p. 272–300, 1 jan. 2020.

DELMORO, I. DE C. DE L. et al. Características de mulheres vítimas de violência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e447111638342–e447111638342, 14 dez. 2022.

KIVISTO, A. J. Male Perpetrators of Intimate Partner Homicide: A Review and Proposed Typology. **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 43, n. 3, p. 300–312, set. 2015.

LEONARD, K. E.; QUIGLEY, B. M. Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. **Drug and alcohol review**, v. 36, n. 1, p. 7–9, 2017.

MELÉNDEZ ROSALES, J. L. Violencia de pareja y su impacto en la salud de la mujer del distrito de Huanchaco. 2012.

NEILL, K. S.; PETERSON, T. Perceived risk, severity of abuse, expectations, and needs of women experiencing intimate partner violence. **Journal of forensic nursing**, v. 10, n. 1, p. 4–12, 2014.

OMS. **Violencia contra la mujer**. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 6 mar. 2022.

ORTIZ, D. **La relación entre las drogas y la violencia**. Disponível em: <<https://antidopingmexico.com/la-relacion-entre-las-drogas-y-la-violencia/>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

PEREIRA, M. E. et al. Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. **Aggression and Violent Behavior**, v. 52, p. 101423, 1 maio 2020.

SANZ-BARBERO, B.; REY, L.; OTERO-GARCÍA, L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. **Gaceta sanitaria**, v. 28, p. 102–108, 2014.

SECRETARIA DE SEGURIDAD PÚBLICA DE RS. **Indicadores da Violência Contra a Mulher - Lei Maria da Penha**. Disponível em: <<https://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contra-a-mulher>>. Acesso em: 20 abr. 2023.

STEPHENS-LEWIS, D. et al. Interventions to reduce intimate partner violence perpetration by men who use substances: a systematic review and meta-analysis of efficacy. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 22, n. 5, p. 1262–1278, 2021.

THULIN, E. J.; HEINZE, J. E.; ZIMMERMAN, M. A. Adolescent adverse childhood experiences and risk of adult intimate partner violence. **American journal of preventive medicine**, v. 60, n. 1, p. 80–86, 2021.

TUR-PRATS, A. Family types and intimate partner violence: A historical perspective. **Review of Economics and Statistics**, v. 101, n. 5, p. 878–891, 2019.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

## 6. CONCLUSIÓN

La VPI ha sido ampliamente abordada en varias investigaciones en el ámbito de la salud, la psicología, la sociología, etc., y ha sido punto focal de compromisos internacionales y diseños de políticas públicas para contener su propagación. Pero este es un problema que se encuentra en las raíces de las personas que comenten estos actos. Por lo tanto, la divulgación científica sigue siendo una herramienta necesaria para crear conciencia y promover el conocimiento sobre las causas, las consecuencias en la salud a corto y largo plazo, los factores de riesgo y los perfiles más representativos en las víctimas y perpetradores.

Por tal motivo la realización de la presente disertación apunto a investigar tres aspectos o puntos de suma importancia en el tema de violencia de pareja, el primer aspecto fue el cuerpo teórico. Con la teoría buscamos responder interrogantes fundamentales como: ¿qué es la violencia? Aquí se describieron las diferentes definiciones de VPI, así como sus tipos y ciclos. La segunda interrogante ¿cómo se genera la violencia? Esta es abordada con la teoría del modelo ecológico, la cual explica cómo se genera la violencia dentro de diferentes contextos y los factores de riesgo asociados a cada contexto. La tercera interrogante ¿qué consecuencias tiene la violencia? Aquí se describió la teoría del estrés para explicar los efectos adversos en la salud de la mujer. La cuarta interrogante ¿qué políticas se han implementado para combatir la violencia? Aquí introducimos un recorrido por las políticas de la violencia contra la mujer a nivel internacional, latinoamericano, políticas de Brasil y finalmente Ecuador.

El segundo y tercer punto a investigar en el tema de la violencia de pareja comprendieron dos estudios independientes pero relacionados con la VPI y fueron presentados en los resultados de esta disertación.

El primer estudio se denominó “*Mecanismos biológicos que vinculan la VPI, el estrés y la salud. Una revisión de la evidencia internacional*”. Este estudio se basó en una revisión integrativa para explicar los mecanismos biológicos que generan problemas de salud en las víctimas de VPI, así como revisar las principales consecuencias físicas y psicológicas producto de experiencias actuales o pasadas de VPI. Esta revisión fue realizada por medio de una laboriosa búsqueda en 4 bases de datos, y como resultado se escogieron 39 artículos para el análisis, estos estudios relacionados con la violencia de pareja y las consecuencias en la salud de la mujer. Los resultados de la revisión muestran que la violencia de pareja tiene una serie de consecuencias físicas y psicológicas, con una alta incidencia de diversos trastornos mentales. El estudio encontró que la depresión y el TEPT eran los trastornos de exposición más comunes

y contribuyen a los comportamientos de salud negativos y reducen la calidad de vida de las mujeres.

El segundo estudio es de tipo cuantitativo y se denominó “*Violencia de pareja íntima. Un estudio sobre las características de la violencia y el perfil de la víctima y el agresor*”. En este estudio se describieron los tipos de violencia que sufrieron las víctimas de VPI, y se realizó una descripción del perfil de las víctimas y el perfil de los agresores con registros de servicios de protección a las mujeres víctimas de violencia. Los hallazgos encontrados presentan dos principales perfiles. El primero describe mujeres solteras de 21 a 30 años con educación básica y con hijos del agresor, el segundo perfil describe mujeres casadas de 31 a 40 años con educación media y con hijos de otra relación. En el perfil del agresor se describe hombres de 31 a 40 años con educación básica.

La importancia de realizar estos estudios puede resumirse en dos aspectos, el primero es la reproducibilidad, es decir, la capacidad de los estudios para que sean reproducidos en otros contextos. En este punto ambos estudios son reproducibles, porque el estudio de revisión integrativa puede ser replicado enfocándose, por ejemplo, en algunas patologías específicas como el desarrollo progresivo de enfermedades cardiovasculares o gastrointestinales en las víctimas de VPI, así como otras patologías del sistema inmune. Y con respecto a las consecuencias psicológicas se puede realizar una revisión específicamente sobre los efectos del Trastorno de Estrés Postraumático y la depresión.

El segundo estudio también es altamente reproducible, ya que se trata de un análisis cuantitativo con registros de casos de violencias. Entonces, con otros datos puede ser fácilmente aplicado a otra muestra de otra ciudad.

Con respecto a la aplicabilidad, ambos estudios pueden ser aplicados en la práctica, ya que el conocimiento que deriva de estas investigaciones puede ser útil en el diseño de estrategias de prevención de la violencia contra la mujer y en el accionar diaria de personas que constantemente están en contacto con mujeres abusadas por sus parejas.

Este hecho es mucho más palpable en el campo de la salud, por ejemplo, el conocimiento de las consecuencias en la salud de la mujer, obtenido mediante el estudio de revisión integrativa, ayudará al personal de enfermería que atiende a mujeres violentadas a identificar posibles señales en el desarrollo de una enfermedad a largo plazo, así como ayudará a que las enfermeras informen a las víctimas sobre las consecuencias de mantenerse en el círculo de la violencia. Esto es sumamente importante para el personal de salud porque deben tener la suficiente capacidad para saber identificar aquellos factores de riesgo que aumentan la violencia y atentan contra la salud de la víctima. La aplicabilidad del segundo radica en que conocer el

perfil de la víctima también ayudara al personal de salud a identificar determinados perfiles en mujeres que pueden estar siendo abusadas y tienen temor de hablar. Entonces, se le podrá ofrecer la ayuda que necesita. En general, tanto el estudio de revisión como el análisis de perfiles muestran que la violencia sufrida por las mujeres es un tema que no deja de ser importante y grave. El personal de enfermería necesita consolidar estos conocimientos para brindar una atención oportuna a las víctimas de VPI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H.; PILLAI, S. **Inmunología básica: funciones y trastornos del sistema inmunitario**. Elsevier, 2020.

ADHIA, A. **Predictors and Consequences of Intimate Partner Violence Impacting Children and Youth**. 2018.

ALHALAL, E.; FALATAH, R. Intimate partner violence and hair cortisol concentration: A biomarker for HPA axis function. **Psychoneuroendocrinology**, v. 122, p. 104897, 2020a.

ALHALAL, E.; FALATAH, R. Intimate partner violence and hair cortisol concentration: A biomarker for HPA axis function. **Psychoneuroendocrinology**, v. 122, p. 104897, 2020b.

ANDREWS, N. C. Z. et al. Using a Developmental-Relational Approach to Understand the Impact of Interpersonal Violence in Women Who Struggle with Substance Use. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 23, p. 4861, jan. 2019.

ANTAI, D. Traumatic physical health consequences of intimate partner violence against women: what is the role of community-level factors? **BMC Women's Health**, v. 11, n. 1, p. 56, 20 dez. 2011.

ANTEZANA MARROQUIN, N. R. **Violencia de pareja y estrés postraumático en adolescentes de Lima Metropolitana**, 2021. 2021.

ARCE CANO, R. **Factores asociados a la violencia conyugal en el Centro Emergencia Mujer-CEM, Lima**, 2017. 2019.

ARTURO, G. R. **Homeostasis: regulación y control**. 2016.

ASAMBLEA NACIONAL DE ECUADOR. **LEY PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**. , 2018.

AYE, W. T. et al. Domestic violence victimisation and its association with mental distress: a cross-sectional study of the Yangon Region, Myanmar. **BMJ Open**, v. 10, n. 9, p. e037936, 16 set. 2020.

BAIDES NORIEGA, R.; BAIDES NORIEGA, R. Violencia de Género: papel de Enfermería en la Prevención Secundaria desde Atención Primaria. **Enfermería Global**, v. 17, n. 51, p. 484–508, 2018.

BASU, A.; LEVENDOSKY, A. A.; LONSTEIN, J. S. Trauma Sequelae and Cortisol Levels in Women Exposed to Intimate Partner Violence. **Psychodynamic Psychiatry**, v. 41, n. 2, p. 247–275, jun. 2013.

BERMAN, Z. et al. Macro-and microstructural gray matter alterations in sexually assaulted women. **Journal of affective disorders**, v. 262, p. 196–204, 2020.

BEZERRA, A. R.; RODRIGUES, Z. M. R. Violência contra mulheres: o perfil da vítima e do agressor em São Luís-MA. **Revista Do Departamento de Geografia**, v. 41, p. e176806–e176806, 2021.

BLACK, M. C. Intimate partner violence and adverse health consequences: implications for clinicians. **American journal of lifestyle medicine**, v. 5, n. 5, p. 428–439, 2011.

BLASCO ROS, C. **Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental y el sistema endocrino de las mujeres**. [s.l: s.n.].

BOTT, S. et al. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. **Revista panamericana de salud publica**, v. 43, 2019.

BOUGHIMA, F. A. et al. The profile of women victims of domestic violence in Morocco. **La Revue de Médecine Légale**, v. 9, n. 3, p. 96–102, 1 set. 2018.

BOURASSA, K. J. et al. Intimate partner violence and lower relationship quality are associated with faster biological aging. **Psychology and aging**, v. 35, n. 8, p. 1127, 2020.

BRASILEIRO, A. E.; DE MELO, M. B. Agressores na violência doméstica: um estudo do perfil sociojurídico. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, v. 2, n. 2, p. 189–208, 2016.

BURCZYCKA, M.; CONROY, S. Family violence in Canada: A statistical profile, 2016. **Juristat: Canadian Centre for Justice Statistics**, p. 1–96, 2018.

CABRERA, M. P.; POLL, H. A.; ÁVILA, M. E. M. Violencia contra la mujer en la comunidad. **Medisan**, v. 16, n. 08, p. 1267–1273, 2012.

CAFFERKY, B. M. et al. Substance use and intimate partner violence: a meta-analytic review. **Psychol Violence**. 2018.

CAMPBELL, A. M. et al. Characteristics of Intimate Partner Violence Incidents and the Environments in Which They Occur: Victim Reports to Responding Law Enforcement Officers. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 35, n. 13–14, p. 2583–2606, jul. 2020.

CAMPOS, L. M. et al. Violência conjugal e suas implicações para o binômio mãe-filho: o discurso feminino. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, p. 53227–53227, 31 dez. 2019.

CANTO, Y. E. et al. Análisis ecológico de la violencia sexual de pareja en mujeres peruanas. **Acta Colombiana de Psicología**, v. 23, n. 1, p. 272–300, 1 jan. 2020.

CARLSON, N. R. *Fisiología de la conducta*. 2014.

CARMIÑA GARCÍA, C. H. Estrés crónico: ejemplo de interacción entre sistemas nervioso, inmuno y endocrino: Chronic stress: example of interaction between nervous, immune and endocrine systems. **Revista CON-CIENCIA**, v. 6, n. 2, p. 97–110, nov. 2018.

CASTILLO, C. C. B. Sistema nervioso autónomo desde la perspectiva inmunológica y del estrés. **Revista Científica Pakamuros**, v. 8, n. 4, p. 65–77, 2020.

CDC. **Preventing Intimate Partner Violence**. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/fastfact.html>>. Acesso em: 18 abr. 2022.

CENTRO ESTADUAL DE VIGILANCIA EN SAUDE RS. **Tipologia da Violência**. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/tipologia-da-violencia>>. Acesso em: 6 abr. 2022.

CEPAL. **¿Qué es la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe?**, 8 ago. 2019. Disponível em: <<https://conferenciamujer.cepal.org/14/es/documentos/que-es-la-conferencia-regional-la-mujer-america-latina-caribe>>. Acesso em: 23 set. 2022

CERDA-DE LA O, B. et al. Increased Cortisol Response and Low Quality of Life in Women Exposed to Intimate Partner Violence With Severe Anxiety and Depression. **Frontiers in Psychiatry**, v. 13, 2022.

CHAUDHARY, A.; NAKARMI, J.; GOODMAN, A. Association between intimate partner violence and nutritional status of married Nepalese women. **Global Health Research and Policy**, v. 7, p. 14, 18 maio 2022.

CHÁVEZ INRTIAGO, M. Y.; MÉNDEZ, A. J. J. Violencia de género en Ecuador. **Revista Publicando**, v. 3, n. 8, p. 104–115, 2016.

CIRICI AMELL, R. et al. Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, v. 58, n. 1, p. 6–19, 1 jan. 2023.

DA SILVA JÚNIOR, F. J. G. et al. Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo [Suicidal ideation in women and intimate partner violence][Ideación suicida en mujeres y violencia de pareja]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 29, n. 1, p. 54288, 2021.

DE MELO, R. A. et al. Violência doméstica na percepção de enfermeiros de serviço de emergência. **Revista Ciência & Saberes-UniFacema**, v. 2, n. 3, p. 221–228, 2016.

DE SOUSA AZEVEDO, N. A. **Fatores de risco e tipologias dos agressores conjugais**. [s.l: s.n.].

DEL ECUADOR, A. C. Constitución de la República del Ecuador. **Quito: Tribunal Constitucional del Ecuador. Registro oficial Nro**, v. 449, p. 79–93, 2008.

DELMORO, I. DE C. DE L. et al. Características de mulheres vítimas de violência: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e447111638342–e447111638342, 14 dez. 2022.

ELKHATEEB, R. et al. Impact of domestic violence against pregnant women in Minia governorate, Egypt: a cross sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 21, p. 535, 29 jul. 2021.

ESIE, P. et al. Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. **SSM - Population Health**, v. 7, p. 100368, 1 abr. 2019.

EUSTACE, J. et al. Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. **Women and Birth**, v. 29, n. 6, p. 503–510, 1 dez. 2016.

FELIX, R. S. et al. Perfil das lesões maxilofaciais em mulheres vítimas de violência periciadas em uma cidade do estado da Paraíba. **Rev. Bras. Odontol. Leg. RBOL**, p. [12,21]-[12,21], 2020.

FERDOS, J.; RAHMAN, M. Exposure to intimate partner violence and malnutrition among young adult Bangladeshi women: cross-sectional study of a nationally representative sample. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 6 ago. 2018.

FRAGKAKI, I.; THOMAES, K.; SIJBRANDIJ, M. Posttraumatic stress disorder under ongoing threat: a review of neurobiological and neuroendocrine findings. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 7, n. 1, p. 30915, dez. 2016.

GAMEZ, C. **Así funciona el circuito del miedo en nuestro cerebro**. Disponível em: <[https://www.lainformacion.com/tecnologia/asi-funciona-el-circuito-del-miedo-en-nuestro-cerebro\\_nwpGydHpAnF4Z2uhykhNs7/](https://www.lainformacion.com/tecnologia/asi-funciona-el-circuito-del-miedo-en-nuestro-cerebro_nwpGydHpAnF4Z2uhykhNs7/)>. Acesso em: 4 out. 2022.

GARCÍA-MONTES, R. et al. The impact of violence on women's health. The present as a reflection of the past: A qualitative study. **PLOS ONE**, v. 17, n. 9, p. e0273973, 9 set. 2022.

GOLDBERG, X. et al. Non-communicable diseases among women survivors of intimate partner violence: Critical review from a chronic stress framework. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 128, p. 720–734, 2021.

GÓMEZ-FERNÁNDEZ, M. A.; GOBERNA-TRICAS, J.; PAYÀ-SÁNCHEZ, M. Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. **Nurse Education in Practice**, v. 27, p. 13–21, 1 nov. 2017.

GRUPPI, A. et al. Los linfocitos B, células productoras de anticuerpos, tienen la capacidad de producir citoquinas que operan de modo anti-inflamatorio. **Bitácora Digital**, v. 1, n. 1, 2013.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. DA; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da estratégia saúde da família para a violência de gênero. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 304–311, abr. 2013.

GUIMARÃES, R. C. S. et al. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 1, p. 1988–1997, abr. 2018.

HEISE, L. Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. **Violence Against Women**, v. 4, n. 3, p. 262–290, 1 jun. 1998.

HEISE, L. What works to prevent partner violence? An evidence overview. 2011.

IA DE LA MUJER, I. ANDULUZ DE LA. **FASES DEL CICLO DE VIOLENCIA DE GÉNERO**. Disponível em: <<https://ws097.juntadeandalucia.es/ventanilla/index.php/que-es-la-violencia-de-genero/fases-del-ciclo-de-violencia-de-genero>>. Acesso em: 15 nov. 2022.

ILERNA. **El ciclo de la violencia de género, según Lenore Walker**. **Blog de ILERNA Online**, 31 jul. 2019. Disponível em: <<https://www.ilerma.es/blog/tecnico-superior-en-integracion-social/el-ciclo-de-la-violencia-de-genero-segun-lenore-walker/>>. Acesso em: 16 nov. 2022

INEC. **Violencia de Género**. Disponível em: <<https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

IPEA. **Ipea - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/portal/>>. Acesso em: 9 dez. 2022.

JOVANOVIĆ, V. M. et al. Health consequences of domestic violence against women in Serbia. **Vojnosanitetski pregled**, v. 77, n. 1, 2020.

KIVISTO, A. J. Male Perpetrators of Intimate Partner Homicide: A Review and Proposed Typology. **The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law**, v. 43, n. 3, p. 300–312, set. 2015.

KRUG, E. G. et al. The world report on violence and health. **Lancet (London, England)**, v. 360, n. 9339, p. 1083–1088, 5 out. 2002.

LARA CABA, E. Z. et al. Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. **Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento**, v. 11, n. 1, p. 1–8, 2019.

LAWRENZ, P. et al. Violência contra mulher: notificações dos profissionais da saúde no Rio Grande do Sul. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, 2019.

LEI MARIA DA PENHA, B. P. A. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. 8 ago. 2006.

LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; GIGANTE, D. P. Implication of violence against women on not performing the cytopathologic test. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 23 nov. 2018.

LEONARD, K. E.; QUIGLEY, B. M. Thirty years of research show alcohol to be a cause of intimate partner violence: Future research needs to identify who to treat and how to treat them. **Drug and alcohol review**, v. 36, n. 1, p. 7–9, 2017.

- LI, Q. et al. Nursing research on intimate partner violence in China: A scoping review. **The Lancet Regional Health – Western Pacific**, v. 2, 1 set. 2020.
- LOURENÇO, L. M.; COSTA, D. P. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. **Gerais : Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 1, p. 1–18, jan. 2020.
- LOVALLO, W. R.; BUCHANAN, T. W. Stress hormones in psychophysiological research: emotional, behavioral, and cognitive implications. 2017.
- MALDONADO-RODRIGUEZ, N. et al. Characterization of Cognitive-Motor Function in Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence-Related Brain Injury. **Journal of Neurotrauma**, v. 38, n. 19, p. 2723–2730, out. 2021.
- MARTINS, J. S. **Fatores de risco e tipologias de ofensores conjugais**. B.S. thesis—[s.l.] [sn], 2019.
- MCEWEN, B. S. Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. **European journal of pharmacology**, v. 583, n. 2–3, p. 174–185, 2008.
- MCINTYRE, R. S. et al. **Trastorno depresivo mayor**. [s.l.] Elsevier Health Sciences, 2020.
- MELÉNDEZ ROSALES, J. L. Violencia de pareja y su impacto en la salud de la mujer del distrito de Huanchaco. 2012.
- MENDOZA HUERTAS, L.; MENDOZA LADRÓN DE GUEVARA, N. Impact of Violence against Women on Sexual and Reproductive Health: Research Protocol and Results from a Pilot Study. 2022.
- MIKTON, C. Preventing Intimate Partner and Sexual Violence Against Women: Taking Action and Generating Evidence. **Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention**, v. 16, p. 359–60, 1 out. 2010.
- MILLER, L.; CONTRERAS-URBINA, M. Exploring the determinants and outcomes of intimate partner violence during pregnancy for Guyanese women: Results from a nationally representative cross-sectional household survey. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 45, p. e6, 24 mar. 2021.
- MÖNTTINEN, H.; TETRI, M. Intimate Partner Violence-Effects on Women: Literature Review. 2016.
- MORA, L. A. Experiencias y narrativas de mujeres con VIH, víctimas de violencia de pareja en Bogotá (Colombia). **Medicina**, v. 41, n. 4, p. 299–321, 2019.
- MOREIRA, P. A. S. et al. Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: the role of personality. **PeerJ**, v. 7, p. e6647–e6647, 2019.
- MUZIO, A. R. D. R. N. **BIOLOGÍA DEL COMPORTAMIENTO-090**. 2012.
- NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Understanding Violence Against Women**. Washington: American Psychological Association, 1996.
- NATIONS, U. **Cumbre del Milenio | Naciones Unidas**. Disponível em: <<https://www.un.org/es/conferences/environment/newyork2000>>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- NEILL, K. S.; PETERSON, T. Perceived risk, severity of abuse, expectations, and needs of women experiencing intimate partner violence. **Journal of forensic nursing**, v. 10, n. 1, p. 4–12, 2014.
- NEUMEISTER, P. et al. Neural correlates of trauma-related single word processing in posttraumatic stress disorder. **Biological Psychology**, v. 138, p. 172–178, out. 2018.

NGUYEN, K. A. et al. The Associations of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence with Hypertension in South African Women. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 7, p. 4026, 29 mar. 2022.

NOWSHAD, G. et al. Intimate-partner violence and its association with symptoms of depression, perceived health, and quality of life in the Himalayan Mountain Villages of Gilgit Baltistan. **PLOS ONE**, v. 17, n. 9, p. e0268735, 21 set. 2022.

ODEÓN, M. M.; MAIDANA, S. S.; ROMERA, S. Relación entre el estrés y el sistema inmune. 2015.

OKAFOR, C. N. et al. Associations of Emotional, Physical, or Sexual Intimate Partner Violence and Depression Symptoms Among South African Women in a Prospective Cohort Study. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 36, n. 9–10, p. NP5060–NP5083, maio 2021.

OMS. **Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014**. Disponível em: <<https://apps.who.int/mediacentre/news/releases/2014/violence-prevention/es/index.html>>. Acesso em: 21 set. 2022.

OMS. **Violencia contra la mujer**. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>>. Acesso em: 6 mar. 2022.

ONU. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. **Resolución**, v. 48, n. 104, p. 20, 1993.

ONU. **Una de cada tres mujeres en el mundo sufre violencia física o sexual desde que es muy joven**. Disponível em: <<https://news.un.org/es/story/2021/03/1489292>>. Acesso em: 30 maio. 2022.

ORTIZ, D. **La relación entre las drogas y la violencia**. Disponível em: <<https://antidopingmexico.com/la-relacion-entre-las-drogas-y-la-violencia/>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

OUZZANI, M. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, p. 1–10, 2016.

PEREIRA, C. DOS S. **Retrato do ofensor de violência conjugal na perspectiva da vítima**. B.S. thesis—[s.l.] [sn], 2018.

PEREIRA, M. E. et al. Personality characteristics of victims of intimate partner violence: A systematic review. **Aggression and Violent Behavior**, v. 52, p. 101423, 1 maio 2020.

PHEIFFER, C.; DIAS, S.; ADAM, S. Intimate partner violence: a risk factor for gestational diabetes. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 21, p. 7843, 2020.

PICÓ-ALFONSO, M. Á. **Consecuencias de la violencia de pareja sobre la salud mental y el sistema endocrino de las mujeres**. <http://purl.org/dc/dcmitype/Text>—[s.l.] Universitat de València, 2005.

RAFAEL, R. DE M. R. et al. Profile of intimate partner violence in Family Health Units. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 1259–1267, dez. 2017.

ROJAS VELA, T. V. Revisión sistemática sobre las características psicológicas de los niños víctimas de violencia en las publicaciones iberoamericanas. 2020.

ROMERO, E.; YOUNG, J.; SALADO-CASTILLO, R. FISIOLÓGIA DEL ESTRÉS Y SU INTEGRACIÓN AL SISTEMA NERVIOSO Y ENDOCRINO. **Revista Médico Científica**, v. 32, p. 61–70, 2019.

ROMERO, L. V. **Anatomía y Fisiología del sistema nervioso**. [s.l.] XinXii, 2015.

ROMERO-MARTÍNEZ, Á. et al. Hormonal Alterations in Victimized Women Explained by Their Hostile Reactions in Coping with Couple Violence. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 22, p. E40, 23 out. 2019.

SAFRANOFF, A. **SciELO - Salud Pública - Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja? Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja?** Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n4/611-632/es/>>. Acesso em: 30 maio. 2022a.

SAFRANOFF, A. La aceptación de la violencia contra la mujer en la pareja: un análisis comparativo de ocho países de América Latina. **Anais**, p. 1–18, 2017b.

SANTIAGO PRADA, M. L. Efectos del estrés crónico. Mindfulness como estrategia de control y prevención. 2018.

SANTOS, D. F. et al. Prevalence of postpartum depression symptoms and their association with violence: a cross-sectional study, Cariacica, Espírito Santo, Brazil, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021a.

SANTOS, D. F. et al. Prevalência de sintomas depressivos pós-parto e sua associação com a violência: estudo transversal, Cariacica, Espírito Santo, 2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021b.

SANZ-BARBERO, B.; BARÓN, N.; VIVES-CASES, C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. **PLOS ONE**, v. 14, n. 10, p. e0221049, 9 out. 2019.

SANZ-BARBERO, B.; REY, L.; OTERO-GARCÍA, L. Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. **Gaceta sanitaria**, v. 28, p. 102–108, 2014.

SAÚDE/MS, S. DE V. EM. **VIVA: Instrutivo – Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada.** , 2016.

SAVALL RODRÍGUEZ, M. F. **Variables biopsicosociales que contribuyen al diferente impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres: factores de vulnerabilidad y resiliencia.** [s.l: s.n.].

SELYE, H. Further thoughts on" stress without distress". **Medical times**, v. 104, n. 11, p. 124–144, 1976.

SENKANS, S.; MCEWAN, T. E.; OGLOFF, J. R. Conceptualising intimate partner violence perpetrators' cognition as aggressive relational schemas. **Aggression and Violent Behavior**, v. 55, p. 101456, 2020.

SETIC-UFSC. **Coordenadoria de Diversidade Sexual e Enfrentamento da Violência de Gênero.** , 2018. Disponível em: <<http://cdgen.saad.ufsc.br/2019/08/14/carilha-mapa-da-violencia-contramulher-2018/>>. Acesso em: 26 jun. 2022

SILVA, I. S. G. DA C. Perfis de risco e necessidades criminológicas de agressores conjugais. 2014.

SILVA, T. M. et al. Perfil reprodutivo e ginecológico de mulheres em situação de violência. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, p. 986–990, 2018.

SOUSA, M. E. P. DE et al. Traumas em mulheres vítimas de violência: uma análise em Recife-PE. **Nursing (São Paulo)**, p. 4703–4706, 2020.

SPARROW, A. **Young Women More Likely to be Victims of Partner Abuse**. Disponível em: <<https://happiful.com/young-women-more-likely-to-be-victims-of-partner-abuse/>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

STEPHENS-LEWIS, D. et al. Interventions to reduce intimate partner violence perpetration by men who use substances: a systematic review and meta-analysis of efficacy. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 22, n. 5, p. 1262–1278, 2021.

STUBBS, A.; SZOEKE, C. The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. **Trauma, violence, & abuse**, p. 1524838020985541, 2021.

SVADMIN. **Cómo influye la educación en la violencia de género?** Disponível em: <<https://unate.org/educacion/como-influye-la-educacion-en-la-violencia-de-genero.html>>. Acesso em: 30 nov. 2022.

THULIN, E. J.; HEINZE, J. E.; ZIMMERMAN, M. A. Adolescent adverse childhood experiences and risk of adult intimate partner violence. **American journal of preventive medicine**, v. 60, n. 1, p. 80–86, 2021.

TIWARI, S. et al. Association between spousal emotional abuse and reproductive outcomes of women in India: findings from cross-sectional analysis of the 2005–2006 National Family Health Survey. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 53, n. 5, p. 509–519, 1 maio 2018.

TORKASHVAND, S. et al. Sexual Violence in Women with HIV Positive Spouse and Their Mental Health. **Journal of Research in Health Sciences**, v. 20, n. 1, p. e00472, 27 fev. 2020.

TORRES GARCÍA, A. V. et al. Mental Health in Women Victims of Gender Violence: Descriptive and Multivariate Analysis of Neuropsychological Functions and Depressive Symptomatology. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 1, p. 346, 29 dez. 2021.

TUR-PRATS, A. Family types and intimate partner violence: A historical perspective. **Review of Economics and Statistics**, v. 101, n. 5, p. 878–891, 2019.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016a.

VASCONCELOS, M. S.; HOLANDA, V. R.; ALBUQUERQUE, T. T. Perfil do agressor e fatores associados à violência contra mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016b.

VÁZQUEZ, A. G. et al. Autoestima y violencia psicológica contra mujeres universitarias en sus relaciones de pareja. **Enseñanza e investigación en psicología**, v. 2, n. 1, p. 139–148, 2020.

VELOSO, C.; MONTEIRO, C. F. DE S. Consumption of alcohol and tobacco by women and the occurrence of violence by intimate partner. **Texto & contexto enferm**, p. e20170581–e20170581, 2019.

WADJI, D. L. et al. HPA-axis activity and the moderating effect of self-esteem in the context of intimate partner violence in Cameroon. **European Journal of Psychotraumatology**, v. 12, n. 1, p. 1930897, jan. 2021.

WIKIPEDIA. **Ecuador**, 9 dez. 2022. (Nota técnica).

WINTER, S. C.; OBARA, L. M.; MCMAHON, S. Intimate partner violence: A key correlate of women's physical and mental health in informal settlements in Nairobi, Kenya. **PLOS ONE**, v. 15, n. 4, p. e0230894, 2 abr. 2020.

WONG, J. Y.-H. et al. Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 15, n. 1, p. 22–33, 1 jan. 2014.

YARIBEYGI, H. et al. The impact of stress on body function: A review. **EXCLI Journal**, v. 16, p. 1057–1072, 21 jul. 2017.

YIM, I. S.; KOFMAN, Y. B. The psychobiology of stress and intimate partner violence. **Psychoneuroendocrinology**, v. 105, p. 9–24, jul. 2019.