

Asociación entre la violencia doméstica y la calidad de vida de las mujeres¹

Kerle Dayana Tavares de Lucena²
Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna³
João Agnaldo do Nascimento⁴
Hemílio Fernandes Coelho Campos⁴
Elaine Cristina Tôres Oliveira⁵

Objetivo: analizar la asociación entre la violencia doméstica contra la mujer y su calidad de vida. **Método:** encuesta domiciliar de base poblacional, de tipo transversal, realizada con mujeres con más de 18 años, considerando un plan de muestreo estratificado por barrios. En el análisis fue verificada la prevalencia de la violencia doméstica e índice de calidad de vida; se utilizó la regresión logística para determinación de asociaciones; el nivel de significancia fue de 5%. **Resultados:** participaron de esta investigación 424 mujeres que presentaron prevalencia de violencia doméstica de 54,4% e índice de calidad de vida de 61,59. Se verificó, por medio de regresión logística, que la violencia doméstica posee asociación con la calidad de vida de las mujeres ($p=0,017$). Las variables observadas que influyen la ocurrencia de violencia doméstica fueron: dominio de las relaciones sociales ($p=0,000$), oferta de tratamiento médico destinado a las mujeres ($p=0,019$) y seguridad ($p=0,006$). **Conclusión:** el estudio comprobó la evidencia de asociación entre la violencia doméstica contra la mujer y su calidad de vida, situación que reafirma la importancia de construir políticas públicas con enfoque en la emancipación de género.

Descriptores: Identidad de Géneros; Violencia contra la Mujer; Calidad de Vida.

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado "Violência doméstica contra a mulher e qualidade de vida", presentada en la Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

² PhD, Profesor Auxiliar, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

³ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Nutrição, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Adjunto, Departamento de Estatística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ MSc, Profesor Auxiliar, Núcleo de Ciências Humanas, Sociais e Políticas Públicas, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, Brasil.

Cómo citar este artículo

Lucena KDT, Vianna RPT, Nascimento JA, Campos HFC, Oliveira ECT. Association between domestic violence and women's quality of life. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2901. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>. mes día año

URL

Introducción

La violencia doméstica, comprendida como sinónimo de violencia contra la mujer, se caracteriza como un fenómeno de múltiples determinaciones en que se define cualquier acto basado en las relaciones de género, que resulte en daños físicos y psicológicos o sufrimiento para la mujer⁽¹⁾. Se refiere a la jerarquía de poder, al deseo de dominación y aniquilamiento del otro y que puede ser utilizada, algunas veces, conscientemente en las relaciones conyugales como mecanismo para subordinar a la mujer al compañero⁽²⁾.

Ese tipo de violencia contra la mujer presenta distribución social en todo el mundo, siendo apuntada como un tipo de violencia universal y practicada principalmente por compañeros o personas muy próximas de las mujeres⁽²⁾. De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud, en 2013, la violencia contra la mujer perpetrada por compañero íntimo presentó una prevalencia de 30,0%⁽³⁾.

En Brasil, de acuerdo con datos del Mapa de la Violencia 2015, la expresión de la violencia doméstica contra la mujer (VDCM), entre 1980 y 2013, presentó un ritmo creciente, tanto en número como en tasas. Fue observado que un total de 106.093 mujeres murieron víctimas de homicidio en ese período. La situación es preocupante si consideramos que el número de víctimas pasó de 1.353 mujeres en 1980 para 4.762 en 2013, un aumento de 252,0%. Esto representa que la tasa de mujeres víctimas de violencia pasó de 2,3 por 100 mil en 1980 para 4,8 por 100 mil en 2013 (aumento de 111,1%)⁽⁴⁾.

Esa alta prevalencia de la violencia contra la mujer, fenómeno reconocido como un problema de salud pública⁽⁵⁾, ha despertado el interés de la sociedad en virtud de las graves consecuencias que puede provocar en la vida de la mujer y por el impacto directo sobre su salud; y, no es raro que la violencia llegue a causar la muerte por las lesiones y traumas físicos o emocionales infligidas a la mujer.

Se sabe que la violencia perpetrada contra las mujeres acompaña a la humanidad en su curso histórico y presenta diferentes contenidos y formas, en las diversas sociedades. Este tipo de violencia se concretiza frecuentemente en el ambiente privado; el hogar, que en otras situaciones sería la referencia de refugio y protección, en estos casos, se transforma en local privilegiado para la práctica y la ocultación de la violencia. El riesgo de una mujer sufrir algún tipo de agresión dentro de su propia casa es mayor que en otros grupos vulnerables⁽⁶⁾.

Inclusive con elevada prevalencia y riesgo de violencia, la atención a la salud ofrecida a las mujeres, en situación de violencia de género, todavía

es insatisfactoria⁽⁷⁾. Esta situación proviene de la invisibilidad del fenómeno en algunos sectores, como los hospitales de urgencia que, en su mayoría, todavía no poseen instrumentos capaces de identificar el problema, evidenciando la predominancia del modelo biologicista de asistencia a la salud, cuyo objeto de intervención es el daño físico⁽⁸⁾.

Los datos sobre la VDCM, en el estado de Paraíba y en el municipio de Joao Pessoa, no están organizados en un banco de datos que facilite el trabajo de los investigadores y oriente a las autoridades a tomar decisiones que puedan prevenir y/o minimizar los efectos de la violencia contra la mujer. Además de eso, los datos existentes en la Secretaría de Seguridad Pública del estado de Paraíba no coinciden con los datos existentes en la Secretaría de Salud del Municipio de Joao Pessoa⁽⁹⁾.

De esa forma, identificar cuales factores están relacionados a la violencia contra la mujer - así como profundizar discusiones acerca del impacto de ese fenómeno - se torna imprescindible para orientar la planificación de acciones gubernamentales y para generar indicadores de comparación entre las diversas comunidades, regiones y países. Para esto, son necesarios estudios de investigación del evento en las comunidades con enfoque, sobre todo, en la influencia en la calidad de vida (CV).

Se adopta, en este estudio, el concepto de CV definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho de ciudadanía, el que comprende la totalidad de las condiciones económicas, ambientales, científico-culturales y políticas colectivamente construidas y colocadas a disposición de los individuos para que estos puedan realizar sus potencialidades⁽¹⁰⁾.

Sabiendo que el concepto de CV es dinámico, amplio y subjetivo y que proviene de la suma de factores que surgen de la interacción entre sociedad y ambiente, es importante comprender cómo la violencia doméstica afecta la CV de las mujeres victimizadas. De esa forma, se presenta como siendo un problema de investigación el desconocimiento de la asociación entre la violencia doméstica contra la mujer y la calidad de vida.

Delante de lo expuesto y observando la oportunidad de crear y experimentar modelos de decisión que puedan dar visibilidad al fenómeno de la VDCM - auxiliando a los administradores en el proceso de toma de decisiones en el ámbito de la construcción e implementación de nuevas políticas públicas eficaces en el enfrentamiento del problema, promoviendo una mejor calidad de vida para las mismas - el presente estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre la violencia doméstica contra la mujer y la calidad de vida, evidenciando la influencia de variables explicativas de la ocurrencia del fenómeno,

considerando para eso el ajuste de un modelo de regresión logística.

Método

Se trata de una encuesta domiciliar de base poblacional, del tipo transversal, realizada en el municipio de Joao Pessoa, estado de Paraíba, en el período de agosto de 2013 a diciembre de 2015. La población estuvo compuesta por mujeres con más de 18 años, residentes en el municipio escenario del estudio. Se utilizó como criterios de inclusión de este estudio los domicilios de la ciudad de Joao Pessoa, en que residían mujeres mayores de 18 años. Fueron considerados criterios de exclusión: domicilios con mujeres sordas-mudas; domicilios sin formación de familia y los domicilios donde la mujer no poseía capacidad cognitiva para responder el cuestionario.

El plan de muestreo utilizado fue de estratificación por barrios, en la ciudad de Joao Pessoa, Paraíba. La población-objetivo fue definida como siendo todos los domicilios de la ciudad; la lista de estos domicilios fue suministrada por la Municipalidad de Joao Pessoa, considerando el año de 2014 como referencia. La selección de la muestra fue realizada según el método de asignación óptima al número de domicilios por barrio, considerando un costo de selección fijo para todos los elementos de la población-objetivo. Las cuadras en cada barrio fueron recorridas por el equipo de investigadoras y fueron incluidos en la muestra todos los domicilios en que residían mujeres.

Para el cálculo de la muestra, se consideró un número total de domicilios pertenecientes a la población-objetivo (143.479), número total de barrios de la grande Joao Pessoa (64), número de domicilios pertenecientes al barrio ($h = 1, \dots, 64$), porcentaje de domicilios del barrio, número de domicilios de la población-objetivo de la muestra, pertenecientes al barrio, variable de interés (resultado) para la mujer entrevistada en el i -ésimo individuo seleccionado en el barrio ($1 =$ mujer del i -ésimo domicilio del barrio sufrió violencia; $0 =$ mujer del i -ésimo domicilio del barrio no sufrió violencia), valor de referencia poblacional considerando tamaño de la muestra⁽⁶⁾, se admitió un error de 4,5% y un límite de confianza de 95%. También, fueron consideradas eventuales pérdidas durante la ejecución del estudio (10%). Así, el tamaño de la muestra obtenido fue de 403 domicilios, de los cuales se entrevistó una mujer de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Sin embargo, debido a que varios investigadores estaban en campo, al final de la recolección fueron obtenidas 427 entrevistas.

La recolección de datos fue realizada por entrevistadoras que fueron sometidas a un

entrenamiento previo y atendieron a los criterios de: ser estudiantes universitarias del área de la salud y tener disponibilidad de, por lo menos, ocho horas semanales para la recolección. Las visitas fueron realizadas en los domicilios seleccionados y la recolección de información obtenida después de esclarecer los objetivos de la investigación, después de lo cual se firmó el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI).

Para la recolección de datos, fueron utilizados los instrumentos validados: *WHO VAW STUDY*⁽¹¹⁾ para estimar la violencia de género contra la mujer y el *WHOQOL BREF* para evaluación de la calidad de vida⁽¹²⁾; además, se utilizó un guión semiestructurado conteniendo informaciones sociodemográficas y económicas (edad, estado civil, nivel de escolaridad, raza/color (autorreferida), presencia de hijos, situación de empleo.

El instrumento *WHOQOL-BREF* está compuesto por 26 preguntas, siendo dos sobre autoevaluación de la CV y 24 representando cada una de las facetas del *WHOQOL-100*. Para la composición de las preguntas del *WHOQOL-BREF* fue seleccionada la pregunta de cada faceta que presentaba la mayor correlación con el puntaje medio de todas las facetas. Así, el *WHOQOL-BREF* está compuesto por cuatro dominios: Dominio 1 (Físico), Dominio 2 (Psicológico), Dominio 3 (Relaciones Sociales) y Dominio 4 (Medio Ambiente).

Análisis estadístico

El análisis e las informaciones estadísticas fueron obtenidas con el auxilio del software estadístico R (versión 2.14.1). Se realizó un análisis descriptivo a partir de frecuencias absolutas y relativas para las variables sociodemográficas y económicas VDCM y CV, además del promedio para las variables continuas. Se estimó la prevalencia de la VDCM y enseguida se utilizó el método estadístico de regresión logística para identificar las variables asociadas, una vez que la variable respuesta (resultado) presentada anteriormente es dicotómica, o sea:

$$Y = \begin{cases} 1, & \text{si la } i\text{-ésima mujer entrevistada sufre violencia doméstica;} \\ 0, & \text{caso contrario.} \end{cases}$$

En esta etapa fue considerado un nivel de significancia de 10%. Para el ajuste del modelo final fue considerado un nivel de significancia de 5%.

Fue aplicado el test general (*Omnibus tests*) el cual evidenció que las variables explicativas utilizadas en el modelo pueden calcular la probabilidad de ocurrencia de VDCM (valor $p < 0,0001$). Se calculó enseguida el coeficiente R^2 de Nagelkerke, cuyo valor fue 19%, mostrando que con estas variables explicativa se alcanza 19% de la variabilidad total (escala de 0 a 100%). Ese valor sugiere que investigaciones futuras deben incluir

otras variables en el modelo, y una vez que algunas variables fueron excluidas por el método *Stepwise*.

Finalmente, fue utilizado el test de Hosmer-Lemeshow (valor $p = 0,095$), el que en este caso se aceptó la hipótesis nula de que este modelo es compatible con los datos, o sea, existe evidencia suficiente para afirmar que las previsiones obtenidas con él son estadísticamente iguales a lo observado en la realidad⁽¹³⁾.

Aspectos éticos

Todas las mujeres participantes firmaron el TCLI después de recibir explicaciones verbales y escritas sobre el estudio. La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario Lauro Wanderley y fue aprobado por el CAAE con el número 20418813.0.0000.5183, en agosto de 2013.

Resultados

La muestra estuvo constituida inicialmente por 427 mujeres; sin embargo, fueron excluidos tres cuestionarios por no atender a los criterios de inclusión; así el análisis se realizó con 424 mujeres que presentaron promedio de edad de 35 años. Fue observado, en relación a las variables sociodemográficas y económicas, que 56,0% de las mujeres vivían con compañero (36,0% casadas, 20,0% unión consensual), 34,0% tenían enseñanza fundamental completa, 48,0% de las mujeres se autodenominaron blancas, 80,0% relataron poseer hijos y 70,0% refirieron vínculo de empleo. Se estimó una prevalencia global de VDCM de 54,4% y un índice de calidad de vida (ICV) de 61,59 (escala de 0 a 100).

En la Tabla 1 es posible observar, después del ajuste del modelo de regresión logística y aplicación del método *Stepwise*, que las variables consideradas significativas para explicar la probabilidad de ocurrencia de violencia doméstica fueron evaluación de la satisfacción de la CV, dominio 3 (relaciones sociales), necesidad de tratamiento médico y sensación de seguridad.

En la Tabla 1, se observa que cuanto mayor es la evaluación de la satisfacción de la CV entre las mujeres (inserción en relaciones sociales y la sensación de seguridad de las mismas) menor será la probabilidad de ocurrencia de violencia doméstica contra la mujer, siendo la evaluación de la CV un factor de protección cuando considerado el resultado. O sea, se verificó que las mujeres, con evaluación de satisfacción de la CV aumentada, presentaron chance 6,0% menor de sufrir violencia doméstica. Mujeres con inserción aumentada en sus relaciones sociales presentaron chance 4,2% menor de sufrir violencia doméstica y mujeres con

sensación de seguridad aumentada presentaron chance 33,2% menor de sufrir violencia doméstica.

También, fue observado que cuanto más la mujer necesita de atención médica para tratamiento de la salud, mayor será la probabilidad de ocurrencia de violencia, siendo la necesidad de tratamiento un factor de riesgo relacionado al resultado. En términos de *odds ratio*, se verifica que una mujer aumenta en 22,4% su chance de sufrir violencia cuando la evaluación de la satisfacción con la salud disminuye.

Después de la utilización del Modelo de Regresión Logística, se realizó la comparación entre grupos formados por mujeres que sufrieron algún tipo de violencia y el grupo de mujeres que no sufrieron algún tipo de violencia; esto considerando los puntajes de los 4 dominios de calidad de vida, así como el ICV (función de los puntajes de los 4 dominios).

Para verificar la normalidad de la distribución de los datos de violencia doméstica contra la mujer, se aplicó las pruebas de Lilliefors y Shapiro-Wilks⁽¹³⁾ y al analizar el puntaje del índice general de calidad de vida (ICV) se verificó para las dos pruebas que existe evidencia para afirmar que la distribución del ICV es normal; sin embargo, la distribución de los puntajes de los demás dominios no es normal, como presentado en la Tabla 2.

Debido a que las pruebas de normalidad utilizadas suministraron evidencias de que la variable ICV posee distribución normal, el próximo paso fue utilizar un test t para comparar los promedios del ICV referentes a los grupos de las mujeres que sufrieron violencia y las que no sufrieron violencia, respectivamente.

En relación a los demás dominios, debido a que las pruebas de normalidad utilizadas suministraron evidencia de que la distribución de los puntajes de estos dominios no posee distribución normal, fue considerado el test no paramétrico de Wilcoxon (Teste W) para evaluar si los datos de puntajes provenientes de los dos grupos no son homogéneos. Los resultados de las pruebas son presentados en la Tabla 3.

Los resultados de las pruebas de comparación de los dos grupos evidencia que, para todos los puntajes individuales de los dominios, así como para el puntaje general de la calidad, existe significación estadística de que existió diferencia entre los grupos de mujeres que sufrieron y las que no sufrieron violencia doméstica.

Al observar el ICV fue posible verificar que el promedio de este puntaje es mayor en el grupo de las mujeres que afirmaron no haber sufrido ningún tipo de violencia. Para los demás puntajes de dominios, la interpretación es análoga, sin embargo como fue considerado un test no-paramétrico, lo que se puede afirmar es que los dos grupos son heterogéneos en relación a cada uno de los puntajes.

Tabla 1 – Resultados del ajuste final de la regresión logística considerando los puntajes de los 4 dominios de calidad de vida. Joao Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variables	Estimativas de los coeficientes	Error Estándar	p-valor	RC*	IC [†] 95%
Evaluación de la satisfacción de la CV [‡]	-0,058	0,024	0,017	0,943	0,899-0,990
Dominio 3 (Relaciones sociales)	-0,041	0,009	0,000	0,960	0,943-0,977
Necesidad de tratamiento médico	0,202	0,086	0,019	1,224	1,033-1,450
Sensación de seguridad	-0,286	0,104	0,006	0,751	0,612-0,922
Intercepción	3,334	0,702	0,000	-	-

*RC: Razón de Chances; †IC: Intervalo de confianza; ‡CV: Calidad de vida.

Tabla 2 – Resultados de las pruebas de normalidad de los puntajes de calidad de vida de las mujeres que sufrieron VDCM* con las que no sufrieron. Joao Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variable	Lilliefors (teste KS)		Shapiro-Wilk	
	Valor de la estadística del test	p-valor	Valor de la estadística del test	p-valor
Puntaje Dominio 1 (Físico)	0,088	0,000 [†]	0,974	0,000 [†]
Puntaje Dominio 2 (Psicológico)	0,070	0,000 [†]	0,987	0,000 [†]
Puntaje Dominio 3 (Relaciones Sociales)	0,145	0,000 [†]	0,930	0,000 [†]
Puntaje Dominio 4 (Medio Ambiente)	0,087	0,000 [†]	0,982	0,000 [†]
ICV [‡]	0,031	0,390	0,997	0,431

*VDCM- violencia doméstica contra la mujer; †Asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$); ‡ICV: Índice general de calidad de vida.

Tabla 3 - Resultados del test de hipótesis para comparación de los grupos de mujeres que sufrieron VDCM* con las que no sufrieron. Joao Pessoa, PB, Brasil, 2015

Variable	Promedios		p-valor
	Grupo 1 (mujeres que sufrieron violencia doméstica)	Grupo 2 (mujeres que no sufrieron violencia doméstica)	
Puntaje Dominio 1 (Físico)	65,33	70,59	0,0002 [†] (Teste W)
Puntaje Dominio 2 (Psicológico)	60,13	67,31	0,0000 [†] (Teste W)
Puntaje Dominio 3 (Relaciones Sociales)	64,71	75,37	0,0000 [†] (Teste W)
Puntaje Dominio 4 (Medio Ambiente)	48,23	53,90	0,0002 [†] (Teste W)
ICV [‡]	59,62	66,80	0,0000 [†] (teste t)

*VDCM-Violencia doméstica contra la mujer; †Asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$); ‡ICV: Índice general de calidad de vida.

Discusión

En este estudio, se pudo constatar que la violencia doméstica es una realidad de alta prevalencia en lo cotidiano de las mujeres, lo que afecta la salud y la calidad de vida de las esas mujeres. Ese resultado es corroborado por los datos divulgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, los que evidenciaron la no existencia de país o ciudad inmune a la violencia. En una investigación pionera que reunió datos de 35 estudios en 24 países⁽¹⁴⁾, fue comprobada la alta incidencia de violencia de los hombres contra las mujeres, siendo la forma más endémica la violencia sexual y física de compañeros íntimos contra sus mujeres, lo que reitera el fenómeno como un grave problema de salud pública.

Se destaca que las mayores tasas de identificación de VDCM pueden estar relacionadas a su mayor transparencia y menor aceptación, en virtud de los

movimientos activistas de enfrentamiento de la violencia. Sin embargo, a pesar de ese avance, las mujeres todavía experimentan en sus relaciones sociales de lo cotidiano, situaciones sociales y simbólicas veladas, que comprometen la salud psicológica, física, así como la calidad de vida.

Al asociar VDCM y CV se constató, a través de las evidencias suministradas por el ajuste del modelo de regresión logística, que el dominio "relaciones sociales" fue estadísticamente significativo, o sea, una mujer que tiene una red de apoyo social sufre menos violencia doméstica cuando comparada a las que no presentan inserción en sus relaciones sociales. La convivencia social, vinculando factores de reciprocidad y solidaridad, sustenta la base de las relaciones sociales y su ausencia perjudica la calidad de la relación, aumentando la intolerancia que aparece en la resolución de conflictos⁽¹⁵⁾.

En este estudio, fue observado que la búsqueda por tratamiento médico también obtuvo relevancia estadística en lo que se refiere a la VDCM y su influencia en la CV de las mujeres. La VDCM posee un enfoque diferenciado una vez que es practicada por un agresor que posee relaciones íntimas con la víctima. El uso de la fuerza física y/o constreñimiento psicológico que se impone a la mujer contra sus intereses, voluntades y deseos, resulta en daños a la salud física y mental porque viola la dignidad humana en su integridad⁽⁸⁾.

Un estudio sobre calidad de vida y presencia de enfermedades como la depresión, en mujeres que sufren violencia, reveló que la mayoría de las víctimas de agresión (72,0%) desarrolla un grado de depresión clínica significativa. La gran mayoría de las mujeres que experimenta la violencia (78,0%) también presenta síntomas como ansiedad e insomnio y aquellas que sufrieron agresiones (24,0%) comenzaron a usar de remedios ansiolíticos, después del comienzo de los episodios de violencia⁽¹⁶⁾.

Un dato importante observado en la misma investigación es el hecho de que 39,0% de las mujeres que sufren violencia ya pensaron en cometer suicidio, lo que evidencia que la VDCM provoca efectos como la mala calidad de vida y perjuicios para la salud mental⁽¹⁶⁾.

En este estudio fue observado que la variable "seguridad y protección" participa de la VDCM e influye en la CV. Se sabe que, a pesar de la existencia de la Ley María de la Peña, muchas mujeres no se sienten seguras y protegidas cuando denuncian al agresor. Esa inseguridad se relaciona a la dificultad de reaccionar y verbalizar la violencia, al temor por la propia seguridad y de sus hijos, a la falta de control sobre sus vidas, a la esperanza de que el agresor cambie o a la disposición para proteger al compañero, sea por motivos económicos o afectivos⁽⁸⁾.

Un estudio que analizó la trayectoria de enfrentamiento de la violencia vivida por algunas mujeres mostró que denunciar o decidir romper con el silencio delante de la situación de violencia presenta aspectos facilitadores y dificultadores. Entre los aspectos facilitadores están incluidos actitudes personales, como sentimientos de agotamiento y rebelión y consciencia del potencial peligro de morir. Entre los factores dificultadores, el miedo, la culpa y la vergüenza, además de dificultades de orden familiar, material e institucional⁽¹⁷⁾.

Es importante destacar que los obstáculos de orden institucional se refieren a la ineficiencia del sistema en garantizar la protección de la mujer delante de su agresor, a la falta de preparación y a la burocracia del sistema jurídico y legal (profesionales no preparados de

la salud para lidiar con situaciones de violencia) y a la falta de acompañamiento y de responsabilidad⁽¹⁸⁾.

El saber instrumental que orienta las prácticas profesionales está dirigido para tratar, sobre todo, los daños físicos excluyendo los sentimientos y la subjetividad. Esa inadecuación del saber instrumental constituye un obstáculo para el desarrollo de un proceso de trabajo en salud que sea transformador de la realidad.

Estudios de investigación en los servicios de salud⁽¹⁸⁾ sobre la VDCM, identificaron que la expectativa de la mujer, al buscar el servicio de salud, es de ser escuchada y acogida, situación que difícilmente se hace realidad. Las justificaciones se concentran en barreras creadas en la atención, sea por falta de tiempo y de recursos, miedo de ofender a las mujeres, falta de calificación o mismo frustración por no tener la respuesta de muchas usuarias a los consejos que reciben.

El fenómeno de la VDCM es uno de los grandes problemas de salud pública, considerando que presenta íntima relación con la morbilidad en la población femenina. Un estudio realizado en Colombia verificó que la violencia ocasionada por compañero íntimo resultó en síntomas como dolor crónico y eventos de depresión⁽¹⁹⁾. En Brasil, un estudio realizado en Espírito Santo, verificó que más de la mitad de las mujeres que sufrieron violencia pasaron a percibir su estado de salud - después de un evento traumático - como regular o mala, ellas refirieron sentir dolor, sueño inadecuado y cansancio todo el tiempo; también se asustan con facilidad, se quedan nerviosas, tensas o preocupadas y lloran más que lo de costumbre⁽²⁰⁾.

En lo que se refiere al estado de Paraíba, en el año de 2013 ocupó la octava posición entre los estados brasileños con mayor incidencia de muertes de mujeres por violencia. Fue observado que 29,0% de esas muertes ocurrieron en el domicilio⁽²¹⁾. Los Datos del Núcleo de Análisis Criminal y Estadística (NACE) de la Secretaría de Seguridad y de la Defensa Social (SEDS) del estado de Paraíba apuntaron que en ese mismo año existieron 118 casos de homicidios femeninos⁽²²⁾. De acuerdo con el Centro de la Mujer 8 de Marzo, de esos 118 homicidios, 35 de ellos fueron motivados por violencia doméstica.

Se constata a partir de las estadísticas encontradas, en el presente estudio, que existe evidencia de que la VDCM afecta directa y negativamente la calidad de vida en diversos aspectos, ya que ella interfiere en la salud física y psicológica de la mujer, en la sociedad y sus relaciones sociales, produciendo consecuencias, también, para el sistema de salud.

Considerando que la complejidad de la VDCM se puede modificar, significativamente y gradualmente, a lo largo de las generaciones, se destaca que cualquier cambio de comportamiento requiere reflexión y

cuestionamiento en varias instancias sociales (familia, escuela, trabajo e iglesia, entre otras). Esos cambios en la forma de pensar y actuar pueden ocasionar la formación de un nuevo orden social.

Sin embargo, todavía es preciso superar los desafíos que se presentan en la VDCM. Entre las dificultades para superar esos desafíos se encuentran los obstáculos para su diagnóstico, tales como los factores de orden cultural, la falta de orientación de los usuarios y de los profesionales de salud, que son sujetos participantes que tienen recelo de lidiar con los desdoblamientos del fenómeno.

Infelizmente, apenas la igualdad de género no es suficiente para igualar socialmente las mujeres, pero, este aspecto puede ser un comienzo para su emancipación. Esas mujeres constituyen la mayor parte de la demanda de los servicios públicos de salud y es en esos locales que buscan el acogimiento y la atención a sus necesidades de salud.

El Estado, como instancia definidora de las políticas públicas, debe articular las prácticas profesionales en salud, la superestructura social y la calidad de vida. Este enfoque requiere la consideración de la interdisciplinaridad y presupone el empleo de mecanismos e instrumentos necesarios para su consecución, entre los cuales se encuentra el Modelo de Toma de Decisiones.

La confluencia de tecnologías y soluciones innovadoras ofrece soporte al proceso de toma de decisiones en salud pública, a la planificación y desarrollo de políticas que busquen respuestas efectivas, dirigidas la prevención y/o control de daños a la salud, para la mejoría de la calidad de vida de las personas y de las condiciones sociales de las ciudades. Esa confluencia se ha intensificado, sobre todo después de la ampliación del concepto de salud y de la situación jurídico-política de la condición de que la salud es un derecho del ciudadano y un deber del Estado brasileño.

Entre las limitaciones observadas en este estudio, se debe considerar que esta temática es un desafío a ser enfrentado, esto en virtud de que los factores que pueden contribuir para su subestimación son difíciles, como: complejidad del tema; condición emocional de las mujeres en situación de violencia; habilidad del investigador; y el instrumento utilizado. Sin embargo, la asociación de la VDCM y la CV se destaca como un hallazgo relevante y posible de ser utilizado para ofrecer cuidados en la prevención de la salud general de esas mujeres.

Conclusión

El estudio comprobó que existe evidencia de asociación entre la violencia doméstica contra la

mujer y la calidad de vida, cuando consideradas las siguientes variables explicativas: dominio de las relaciones sociales y de seguridad; y oferta de tratamiento médico, las cuales reafirman la importancia de construir políticas públicas enfocadas en la emancipación de género.

En lo que se refiere a la calidad de vida, se evidenció, a partir de las pruebas de hipótesis, que el índice de calidad de vida de las mujeres, que sufrieron violencia doméstica, fue menor (59,62) que el índice de las mujeres que relataron no sufrir violencia doméstica (66,80).

Con la finalidad de incentivar debates, despertar nuevos desdoblamientos y posibilidades futuras, este trabajo presenta la potencialidad que es el usar nuevas estrategias y abordajes para discutir el problema de la violencia doméstica contra la mujer, asociándolo a la calidad de vida.

Referencias

1. Garcia LP, Freitas LRS, Höfelmann DA. Avaliação do impacto da Lei Maria da Penha sobre a mortalidade de mulheres por agressões no Brasil, 2001-2011. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(3):383-94. doi: 10.5123/S1679-49742013000300003
2. Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Rev Soc Estado*. 2014;29(2):449-69. doi: 10.1590/S0102-69922014000200008
3. World Health Organization [Internet]. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [cited Dec 15, 2016]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
4. Barros EN, Silva MA, Falbo GH Neto, Lucena SG, Ponzo L, Pimentel AP. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. *Cienc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):591-8. doi: 10.1590/1413-81232015212.10672015
5. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil. Brasília. [Internet]. 2015. [Acesso 15 out 2015]. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf
6. Santos AC, Santos MLM, Nascimento DDG. Violência intrafamiliar: caminhos para o enfrentamento na saúde pública. *Saúde em Redes*. 2015;1(2):21-30. doi: 10.18310/2F2446-4813.2015v1n2p21-30
7. Dias ARC, Machado C. Gênero e Violência conjugal - Uma relação cultural. *Análise Psicológica*. 2008;26(4):34-50.

8. Schraiber L, D'Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1019-27. doi: 10.1590/S1413-81232009000400009
9. Lucena KDT, Silva ATMC, Moraes RM, Silva CC, Bezerra IMP. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(6):1111-21. doi: 10.1590/S0102-311X2012000600010
10. The WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
11. Schraiber LB, Latorre MRDO, França Jr I, Segri NJ, D'Oliveira AFPL. Validade do instrumento WHO VAW STUDY para estimar violência de gênero contra a mulher. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(4):658-66. doi: 10.1590/S0034-89102010000400009
12. Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd. Sul*. 2009; 31(3) suppl:1-12. doi: 10.1590/S0101-81082009000400007
13. Shapiro SS, Wilk MB. An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*. 1965;52 (3-4):591-611. doi: 10.1093/biomet/52.3-4.591
14. Heise L. Gender-based abuse: The global epidemic. *Cad Saúde Pública*. 1994;10 Suppl 1:135-45. doi: 10.1590/S0102-311X1994000500009
15. Galheigo SM. Apontamento para se pensar ações de prevenção à violência pelo setor saúde. *Saude Soc*. 2008;17(3):181-9. doi: 10.1590/S0104-12902008000300018
16. Adeodato GV, Carvalho RR, Siqueira VR, Souza FGM. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev Saúde Pública*. 2006;39(1):108-13. doi: 10.1590/S0034-89102005000100014
17. Leite FMC, Moura MAV, Penna LHG. Percepções das mulheres sobre a violência contra a mulher: uma revisão integrativa da literatura. *Av. Enferm*. 2013;31(2):136-43.
18. Silva AS, Lucena KDT, Deininger LSC, Coelho HFC, Vianna RPT, Anjos UU. Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *J Hum Growth Dev*. 2015;25(2):182-6. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>
19. Medina NT, Erazo GEC, Dávila DCB, Humphreys JC. Contribution of intimate partner violence exposure, other traumatic events and posttraumatic stress disorder to chronic pain and depressive symptoms. *Ivest. Educ. Enferm*. 2011;29(2):174-85.
20. Leite FMC, Silva ACA, Bravim LR, Tavares FL, Primo CC, Lima EFA. Mulheres vítima de violência: percepção, queixas e comportamentos relacionados à sua saúde. *Rev enferm UFPE on line*. 2016;10(Supl. 6):4854-61. doi: 10.5205/reuol.8200-71830-3-SM.1006sup201618
21. Brasil. SIPS: Sistema de indicadores de percepção social. Tolerância social à violência contra as mulheres. Brasília. [Internet]. 2014. [Acesso 15 out 2015]. Disponível em: http://ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/SIPS/140327_sips_violencia_mulheres.pdf
22. Governo da Paraíba. Secretaria de Administração. [Internet]. [Acesso 22 mar 2016]. Disponível em: <http://paraiba.pb.gov.br/administracao/>

Recibido: 12.3.2016

Aceptado: 26.3.2017

Correspondencia:

Kerle Dayana Tavares de Lucena
 Av. Juarez Távora, 2997, Apto. 401
 Bairro: Torre
 CEP: 58040-022, João Pessoa, PB, Brasil
 E-mail: kerledayana@gmail.com

Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.