

El cuidado al agresor familiar persistente desde la perspectiva de los estudiantes de enfermería

Hugo Fernandes¹

 <https://orcid.org/0000-0003-2380-2914>

Maykon Brito Brandão¹

 <https://orcid.org/0000-0001-8709-7965>

Roberto Alvarenga de Castilho-Júnior^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-0465-1340>

Paula Hino¹

 <https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>

Conceição Vieira da Silva Ohara¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4190-8344>

Objetivo: analizar la perspectiva de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado que se dispensa al agresor familiar persistente. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo. Como marco teórico, se utilizó la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad del Cuidado de Madeleine Leininger. La recolección de datos se realizó con 37 estudiantes del último año de la carrera de enfermería de una universidad pública del Sudeste de Brasil. Se utilizó la técnica de Diseño Proyectivo con Tema y Entrevista Semiestructurada. Los datos se analizaron a partir del análisis de contenido. **Resultados:** el examen de los discursos permitió la construcción de 4 categorías: "El cuidado del agresor junto a su familia", "Reconocimiento de los valores y de la cultura familiar", "La búsqueda de conocimiento para cuidar al agresor y a su familia", "El cuidado multidisciplinario e intersectorial para el enfrentamiento de la violencia". **Conclusión:** se reconoce que el cuidado del agresor no debe ser individual, sino que debe involucrar a todos los afectados. A tal efecto, el trabajo multidisciplinario se mostró importante, y la búsqueda de conocimiento sobre el tema es esencial para el un cuidado culturalmente significativo.

Descriptores: Violencia; Salud de la Familia; Agresión; Enfermería; Salud Pública; Estudiantes de Enfermería.

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, SP, Brasil.

² Becario del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

Cómo citar este artículo

Fernandes H, Brandão MB, Castilho-Júnior RA, Hino P, Ohara CVS. The care for the persistent family aggressor in the perception of nursing students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3287. [Access   ]; Available in: _____ . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3991.3287>.  mes  día  año

URL

Introducción

La violencia, pese a su naturaleza compleja, puede ser comprendida como el uso de poder (físico, psíquico o social) como amenaza o práctica, contra otros o contra sí mismo, resultando en lesiones, privaciones, traumas, perjuicios e inclusive, muerte⁽¹⁻²⁾. Entre los tipos de violencia, se encuentra la familiar, caracterizada como agresión, negligencia, o acto omisivo, de carácter intencional, cometido por un sujeto con vínculo familiar con la víctima (parentesco por consanguinidad, civil, social o por afinidad) con el objetivo de ejercer coerción, ofender, sacar provecho o ventaja, desmoralizar, oprimir o causar dolor y sufrimiento a quien el agresor juzga inferior⁽²⁻³⁾.

El concepto aislado de violencia puede no tener sentido coherente si no se reflexiona desde la óptica de la sociedad que la produce, dado que existe una relación directa de los aspectos económicos, políticos, sociales, religiosos y culturales sobre las relaciones cotidianas y los constructos de paz⁽³⁻⁵⁾. De ese modo, la violencia familiar debe ser tratada como un fenómeno amplio, desencadenado por múltiples factores y debe ser analizado en el marco, medio social y contexto histórico en que ocurre, incluidas las percepciones de los sujetos involucrados (víctimas, agresores y testigos)⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre ritos, mitos y secretos, las familias pueden experimentar la violencia en múltiples formas, tales como: la violencia sexual, violencia de género, violencia psicológica y/o moral, violencia financiera y/o económica, negligencia, abandono, tortura, agresión física, explotación, acoso, entre otras⁽²⁻⁵⁾.

Los enfermeros involucrados en el tema tienden a compadecerse de la víctima, prestándole asistencia con dedicación y adoptando las medidas que consideran convenientes y recomendables en el marco del cuidado a la persona en situación de violencia⁽⁵⁻⁶⁾. Sin embargo, los agresores tienden a ser rechazados, y hasta pueden llegar a obtener escasa asistencia por parte de los profesionales, como reflejo de la reproducción del comportamiento impuesto por el sentido común, que tiende a ser impulsivo y a prejuizar, especialmente en los casos de agresores frecuentes, es decir, de aquellos que practican actos violentos de manera reiterada y/o habitual⁽⁴⁻⁶⁾.

Estudios recientes⁽⁷⁻⁸⁾ demuestran que la atención aislada de la víctima puede no ser exitosa, dado que el agresor puede perpetuar sus acciones violentas en el caso de que las tome como naturales o en el supuesto de que sienta que sus necesidades y/o sentimientos no son considerados y/o cuidados. Además, no siempre los agresores pueden ser apartados de las víctimas de forma segura, como recomiendan los profesionales⁽⁶⁻⁷⁾.

Otro punto relevante es que existen pocos estudios sobre los cuidados de enfermería al agresor familiar persistente, entendiendo por tal al que reitera

injurias a uno o más miembros de su núcleo familiar. Tal circunstancia puede conducir a que profesionales y estudiantes insistan en plantear condiciones de aislamiento que arraigan el prejuicio. Además, se advierte que, en los países emergentes, son escasas las publicaciones en la materia⁽⁸⁾.

La temática de la violencia familiar no suele estar presente en la carrera de grado de los enfermeros, hecho que puede dar lugar a la implementación de prácticas poco resolutivas o ineficientes⁽⁷⁻⁹⁾. De ese modo, los autores del presente estudio se han planteado la siguiente cuestión: ¿cuáles son las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre el cuidado/ atención que debe prestarse al agresor familiar que asume comportamientos de violencia persistentes y/o reiterados?

De esta manera, el objetivo de la presente investigación es analizar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la atención que se dispensa al agresor familiar persistente.

Método

Estudio descriptivo, de enfoque cualitativo realizado con estudiantes del último año de la carrera de enfermería de una universidad pública de la región Sudeste de Brasil. Esos estudiantes del último año de la carrera fueron elegidos en función de su experiencia por haber cursado gran parte de las materias de la carrera de grado de enfermería y por hallarse a pocos meses del ejercicio legal de su profesión. Se incluyeron alumnos regularmente inscriptos en el último año de la carrera de grado de enfermería y fueron excluidos aquellos que debían materias correlativas de la carrera. De los 54 estudiantes elegibles, una se encontraba de licencia médica, cinco no aceptaron participar y once no pudieron participar por no disponer de tiempo para las entrevistas. De esa forma, la muestra constó de 37 participantes.

La recolección de datos se realizó durante el segundo semestre de 2018, en lugares privados y seguros de la universidad, en tres momentos. El primer momento se desarrolló con el uso de la técnica de Diseño Proyectivo con Tema⁽¹⁰⁾, en el cual, los estudiantes expresaron sus percepciones sobre los cuidados que se prestan al agresor familiar, mediante el uso de seis rotuladores (iguales para todos) y hojas de papel vegetal A4. Esa técnica lleva a que los participantes expresen gráficamente sus concepciones inconscientes acerca de diferentes fenómenos de la vida cotidiana permitiendo la búsqueda de comprensión como si esos fenómenos hubiesen sido vividos o experimentados. Después de la realización de los dibujos, se solicitó a los investigados que escribieran una historia en el reverso de la hoja y que explicaran al investigador el material final. La solicitud que sirvió de guía fue la siguiente: por favor, dibuje a una persona que agrede con frecuencia a la

familia a la cual pertenece. No se utilizaron palabras que pudieran inducir a determinación de género, tales como hombre/mujer, marido/esposa, hijo/hija etc. En el segundo momento, se les solicitó a los estudiantes que relataran los cuidados de enfermería dispensados al agresor familiar. El tercer momento estuvo orientado a los participantes y se les solicitó que apuntaran sus percepciones sobre el fenómeno. Se utilizó como cuestión disparadora la siguiente: ¿cuál es su comprensión sobre lo escrito, sobre lo dibujado y sobre los cuidados que se dispensan al agresor familiar persistente? Los tres momentos tuvieron lugar en un único encuentro con cada participante.

La recolección de datos fue realizada por el primer y por el último autor de este estudio, ambos con capacitación y experiencia en las técnicas utilizadas. Todos los momentos fueron grabados con medios electrónicos de audio y los dibujos fueron fotografiados con cámara digital. El promedio de tiempo total (técnica proyectiva + entrevista grabada) fue de aproximadamente 90 minutos. Los participantes fueron identificados con la letra E, seguida de algarismo arábigo, según el orden de las entrevistas.

La Teoría de la Diversidad e Universalidad del Cuidado de Madeleine Leininger se utilizó como marco teórico de esta investigación. Esta teoría se basa en los siguientes preceptos: 1) que los seres humanos son seres proveedores de atención e intervenciones, capaces de preocuparse con las necesidades, satisfacción y supervivencia de los otros en diversas condiciones, pero de acuerdo con sus culturas, necesidades y contextos; 2) que la salud es un bienestar culturalmente definido, evaluado y practicado, que refleja la capacidad que tienen los grupos de realizar sus actividades cotidianas de un modo que es, al mismo tiempo, culturalmente satisfactorio, universal y diversificado, permitiendo que se forje la 3) visión del mundo por la cual estas personas interpretan el universo, forman actitudes y valores sobre sus vidas y sobre el mundo que los rodea y contribuyen, de esa forma, al desarrollo del 4) cuidado como fenómeno relacionado con el comportamiento de ayuda y/o apoyo a un sujeto o grupo, cuyo objeto final sería el equilibrio de una condición o de la vida humana⁽¹¹⁻¹²⁾.

Para proceder al análisis de las entrevistas, siguieron las etapas de análisis de contenido desarrolladas por Bardin, que contemplan el pre-análisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados⁽¹³⁾. Durante la etapa de pre-análisis, dos autores realizaron la lectura, línea por línea, de las entrevistas transcritas que se habían realizado a los estudiantes y la búsqueda de los elementos que conformarían el *corpus* de análisis. En lo que se refiere a la exploración del material, se buscó definir a las categorías por medio de la clasificación de sus elementos constitutivos, en grupos analógicos por

frecuencia de unidades de registro. Hubo apenas una situación de divergencia, que fue analizada por un investigador, que evaluó de modo independiente su comprensión. Para finalizar, se procedió a la inferencia y a la interpretación de datos.

En el curso de la investigación se respetaron las normas nacionales e internacionales sobre ética en las investigaciones que involucran a seres humanos, con la aprobación del Comité de Ética en Investigaciones de la Universidad Federal de San Pablo, Dictamen nº 2.697.442. Se aplicó la guía *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) para verificar la calidad científica de la investigación.

Resultados

La mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (n=33), con edad entre 21 y 32 años (n=24), soltera (n=36) y blanca (n=22).

En relación a los dibujos, se advirtió que todas las familias eran heterosexuales, nucleares, con uno o más hijos, cuyos integrantes eran dibujados con trazos negros u oscuros.

En cinco de los casos, ninguno de los participantes poseía rostro. En diez de los casos el dibujo de los agresores denotaba expresiones faciales de tristeza, y en cinco, expresiones de rabia. Sin embargo, en 17 imágenes agresores y víctimas presentaban expresiones de indiferencia (n=4) o de alegría (n=13). Todas las imágenes ilustraban proximidad entre los sujetos, sin embargo, apenas seis de los dibujos ilustraban contacto físico entre los personajes. Se evidenció la ausencia de imágenes y/o características ambientales, como objetos móviles o vegetación (n=25), y los dibujos que sí las contenían, ilustraban la presencia de cuchillos, botellas, latas de bebidas, muletas, muebles caídos, mascotas y juguetes infantiles.

Las historias fueron muy variadas, aunque se detectaron factores comunes. El principal es que la persona agresora era del sexo masculino, en 34 de las historias, siendo identificados como padres, padrastros, hijos o nietos. Las formas de violencia más descritas fueron la física (n=16), la sexual (n=9), la psicológica (n=6) e la financiera (n=3), las cuales se suscitaron de manera reiterada, motivadas por comportamiento violento previo del agresor (n=28), precipitadas por alcoholismo, consumo de drogas ilícitas e impulso sexual incontrolable.

Se advirtieron descripciones detalladas de relaciones de poder entre el agresor y la víctima en todos los casos, situación que determinó la persistencia de la violencia y del sufrimiento prolongado de víctimas y testigos. En la mayor parte de las historias, (n=24), las familias ocultaban el sufrimiento y mantenían la apariencia de un comportamiento feliz, porque naturalizaban las injurias

del agresor o no sabían cómo lidiar con la situación. En 31 de las historias, los agresores permanecieron junto a los familiares, manteniendo las apariencias y las normas sociales. En los casos en los que hubo apartamiento del agresor, esa circunstancia se dio gracias a la huida de los miembros de la familia o a la muerte del perpetrador.

El examen de los discursos permitió la construcción de 4 categorías: El cuidado del agresor junto a su familia, Reconocimiento de los valores y de la cultura familiar, La búsqueda de conocimiento para cuidar al agresor y a su familia, El cuidado multidisciplinario e intersectorial para el enfrentamiento de la violencia.

En la categoría El cuidado del agresor junto a su familia, los participantes revelaron que la violencia doméstica es una situación compleja para la enfermería, puesto que exige reflexionar acerca del cuidado al agresor, sin ignorar las necesidades de los demás miembros de la familia, reconociéndola como unidad de cuidado, en la cual, las acciones que se llevan a cabo sobre un miembro, afectan a todos los demás: *Yo creo que hay que ver el lado del agresor y acogerlo, no solo a él, sino a toda su familia, y buscar una forma de tratar a esa familia* (E16); *Entender la dinámica familiar para que la familia pueda lidiar con la situación involucrando al agresor* (E13); *Intentar buscar una red de apoyo para esa familia, por ejemplo, para la madre y el padre del agresor, pues pueden ayudar en ese proceso* (E17).

Los dichos demostraron que la agresión es un tema poco discutido, advirtiéndose las dificultades para la planificación de acciones: *(...) no sé cómo explicarlo. Nunca me detuve a pensar en ese tema. Debe haber algo que se pueda hacer por la persona y por la familia, pero no sé qué* (E34).

En la categoría Reconocimiento de los valores y la cultura de la familia, algunos entrevistados se sentían sorprendidos por haber criado a agresores del sexo masculino, verificándose que emergían, de manera inconsciente, aspectos culturales relacionados al género y al poder. En la mayor parte de los dibujos y/o historias presentadas, los hombres utilizaban la agresión verbal, física o psicológica para alcanzar sus objetivos en relación a las mujeres, reproduciendo la idea de la inferioridad femenina: *(...) es una cuestión cultural esa superioridad. Actualmente se habla mucho de cambiar eso, pero yo creo que todavía está presente esa cuestión de que las mujeres son inferiores, por eso muchas veces el hombre termina siendo el agresor* (E27).

Otro aspecto presente en los discursos fue la naturalización de la violencia, proveniente de la idea de sostenimiento del modelo nuclear como paradigma de felicidad y realización: *Las personas pasan por alto ciertas cosas en nombre de la familia. Se callan, pensando que eso es lo mejor para todo el mundo* (E18). Los estudiantes detectaron que la idea de la armonía familiar, por encima de todo, surge como reflejo de aspectos religiosos y culturales transmitidos de manera transgeneracional, reproducidos con frecuencia

por las familias actuales, que se explicitan bajo la forma de violencia: *Las personas callan porque consideran que es lo mejor para preservar a la familia* (E10). *Muchas religiones colaboran con eso porque pregonan que las familias deben permanecer unidas a cualquier costo, aún en casos de violencia* (E31). La intergeneracionalidad que es la transmisión de comportamientos entre las generaciones de la familia, se apuntó como una de las causas de las conductas del agresor familiar persistente, quien reproduce aquello que aprendió en el pasado, correspondiéndole a la enfermería, comprender, y, de alguna manera, intervenir en este fenómeno. *Tal vez él sea un agresor porque recibió esa agresión. Fue algo aprendido por su padre o su familia de origen* (E1).

En la categoría La búsqueda de conocimiento para cuidar al agresor y su familia, los discursos revelaron que los estudiantes de enfermería no se sienten seguros en relación a los cuidados dispensados al agresor y a la familia por la escasa capacitación recibida en su formación académica. Además, manifestaron la necesidad de disponer de mayor conocimiento sobre la evaluación familiar: *¿Cómo vamos a lograr convencer a esa persona de que necesita someterse a tratamiento?* (E22); *Creo que nosotros podemos capacitarnos para que nuestra mirada tenga un "plus" y pueda ver que el agresor no es solamente un tipo malo* (E5); *Yo creo que un enfermero capacitado podría lidiar mejor con esta cuestión y entender la dinámica familiar. Nosotros sabemos muy poco de eso. Yo diría que no sabemos nada* (E13).

Por los relatos, fue posible advertir que la inclusión de actividades didácticas y capacitaciones que abordaran el cuidado de enfermería orientado hacia el agresor en unidades curriculares de grado, podría reducir la inseguridad del futuro profesional para sugerir conductas y/o intervenciones.

La categoría *El cuidado multidisciplinario e intersectorial para el enfrentamiento de la violencia* se generó a partir de los testimonios de los participantes de que la enfermería, considerada en términos aislados, no sería efectiva en el cuidado/atención del agresor familiar. Se impone la necesidad de desplegar acciones inter e intrasectoriales, que alcancen varias dimensiones de la vida de los involucrados. Algunas situaciones que abarcan las agresiones familiares, llevaron a una parte de los estudiantes a la conclusión de que, ante la escasa información, o en casos específicos, la enfermería, en sí misma, es incapaz de intervenir de modo eficiente en el tratamiento de quien practica la violencia familiar.

Es necesario contar con el auxilio de un equipo multidisciplinario e inclusive judicial para resolver las situaciones de violencia: *Yo creo que terapeutas y psicólogos serían los profesionales más volcados hacia su salud mental. Tendría que haber más gente a la par, para propiciar ese cuidado, inclusive fuera del área de la salud* (E14); *Debería haber una intervención judicial en el caso, una forma de recurrir a asistencia*

jurídica para ayudar a la gente (E15); En algunos casos, cabe comprender que nosotros solos tal vez no lo logremos y sea necesario requerir la ayuda de los servicios sociales, centros de apoyo o medidas más drásticas para lograr intervenir (E29).

Discusión

El fenómeno de la violencia familiar no se ha profundizado en varios ámbitos de actuación, inclusive en el área de salud, en la cual, hace pocos años que se ha vuelto relevante, trascendiendo los aspectos meramente curativos y adentrándose en las medidas de promoción a la salud, prevención del daño y monitoreo de casos. Eso se advierte en Brasil, en especial, en las últimas décadas, con la incorporación del tema a la lista de agravios de notificación obligatoria, creación de pautas de cuidado a personas en situación de violencia, el empoderamiento de la Atención Primaria de Salud, por la implantación de núcleos de prevención de violencia en unidades básicas y la presencia del tema en consejos y secretarías de salud⁽¹⁴⁾.

Las acciones de cuidado articulado en red de atención a las víctimas se han desarrollado en todos los niveles, con notorios avances en lo que se refiere a la prevención secundaria y terciaria, intentando corregir, lo máximo posible y de manera precoz, los desvíos de la normalidad e intentando recuperar las condiciones de salud, reduciendo las incapacidades y reintegrando a las víctimas y los testigos, de la mejor manera, a la sociedad, y, en especial, a su familia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Sin embargo, muy lejos de ello se encuentran los cuidados que se dispensan al agresor familiar. Casi siempre se realizan juzgamientos precipitados, que condenan al agresor a la situación de abandono, puesto que no son comprendidos como vulnerables en ese contexto⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

No obstante lo expuesto, los datos obtenidos en el análisis del material que consta en este estudio, evidenciaron la necesidad de centrar la mirada en el agresor, y reflexionar sobre la posibilidad de propiciarle atención junto a su familia. Estudios advierten que la falta de atención de la salud de los agresores puede verse reflejada directamente en las víctimas, puesto que existe la posibilidad de que persistan las injurias y daños al sistema familiar⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Por otra parte, el cuidado que se presta solamente al perpetrador en términos aislados, puede no tener sentido si no se asiste a los demás involucrados.

La atención y la asistencia que se dispensa al sistema familiar en su conjunto, incluido el agresor, favorecen la obtención de mejores resultados que se extiendan en el tiempo, evitando que las agresiones se perpetúen. Mediante un abordaje sistémico, los enfermeros pueden comprender mejor los hábitos de la familia, como también las creencias mitos y secretos que puedan operar como factores condicionantes de la agresión, e intervenir de un modo eficiente para la familia⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

El cuidado del agresor junto a las familias tiene mayor probabilidad de éxito, puesto que permite a los profesionales obrar con comprensión del contexto, de las dinámicas o estructuras familiares y del grado de desarrollo de las familias que experimentan la violencia. Muchas veces, la atención volcada hacia el todo, y no apenas hacia el sujeto, permite reconocer los límites y las potencialidades de cada uno en el enfrentamiento del fenómeno, haciendo uso de la capacidad funcional de las familias. Inclusive la familia extendida debe ser evaluada e involucrada en la atención, cuando ello sea posible⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Empero, se destaca que existen ciertos límites en relación a las prácticas terapéuticas del agresor junto a su familia, pues pueden suscitarse situaciones especiales en cada caso, como en las restricciones legales y jurídicas, donde la presencia del agresor aumenta los riesgos o expone a las víctimas y testigos a condiciones más elevadas de inseguridad.

Así las cosas, la ausencia de los actores sociales puede ser necesaria en casos muy especiales en los cuales se advierten altos riesgos para uno o más miembros de la familia, o cuando la presencia de algún elemento provoca conflictos de difícil mediación⁽¹⁶⁻²¹⁾. Para ello, la Estrategia de Salud de la Familia, presente en la Atención Primaria de la Salud de Brasil, se muestra como herramienta valiosa en la identificación de los factores que intervienen en el éxito del cuidado o atención dispensada, puesto que el seguimiento familiar y la dedicación permiten el reconocimiento precoz de las acciones que son favorables y de aquellas que no lo son⁽²²⁻²³⁾. Otra posibilidad que apuntan los autores son los Proyectos Terapéuticos Singulares (PTS), con el sólido apoyo de equipos multidisciplinares⁽²⁴⁾, puesto que permiten la elaboración de diagnósticos compartidos, definición conjunta de metas plausibles, división de responsabilidades e reevaluación de la eficiencia de los cuidados dispensados al agresor y a su familia.

Como se ha advertido en otros estudios que utilizaron la TDUC⁽¹¹⁻¹²⁾, los aquí investigados perciben también que el reconocimiento de los valores y de la cultura de cada familia es esencial para el cuidado eficiente, aunque ante el contexto de violencia, puedan resultar extraños *a priori*, esos factores son relevantes, puesto que la violencia es, casi siempre, una emergencia. Además, la búsqueda de información sobre las normas, preceptos y pautas sociales que una familia posee permite explorar caminos en un proyecto de cuidado.

Como el núcleo familiar se halla cargado de subjetividad y creencias, muchas veces, lo que se tiene por consenso de cultura pacífica puede no ser lógico. Cuando Leininger estudia el comportamiento de familias de etnias diferentes, percibe que en algunas sociedades existen lógicas de poder que producen los mecanismos de funcionamiento de aquél núcleo y que le dan

sentido^(11-12,25). Uno de esos aspectos que, aún hoy, sigue siendo relevante, es el sexismo existente en culturas como las latinas, donde la mujer es poco valorizada, vista como frágil y potencialmente sujeta a la voluntad de los hombres, a su vez, violentos y donatarios de poder⁽²⁶⁾.

Como ocurre en el inconsciente de los investigados, el hombre es el principal perpetrador de violencia familiar, especialmente sexual y física. Un estudio realizado en Estados Unidos mostró que tal pensamiento también prevalece en los juristas, en escenarios simulados de violencia doméstica, con afectación de la toma de decisión e imposición de penalidades más severas a los hombres que a las mujeres⁽²⁶⁾. Sin embargo, cabe a los profesionales de salud intentar comprender los factores que convierten al hombre en potencial agresor, identificando valores, creencias y comportamientos, para luego, a partir de ello, ampliar las posibilidades de planificación y de cuidado culturalmente adecuado. Estudios demuestran que los hombres que cometen actos violentos en sus familias reproducen modelos pasados de generaciones anteriores. Es decir, el acto lesivo opera como mensaje transgeneracional, que fue comprendido como correcto. Dentro de esa lógica, el agresor familiar también puede formar a nuevos agresores⁽²⁷⁾.

Además, es interesante que, en la planificación de los cuidados, los enfermeros reflexionen en el sentido de considerar que la pulsión violenta no es necesariamente una constante en la vida del agresor. Tal vez su comportamiento lesivo ocurra como mecanismo final de resolución de conflictos, cuyos intentos frustrados de resolución por otra vía generaron ímpetus atroces⁽²²⁻²⁷⁾.

El cuidado al agresor familiar persistente debe ser presentado como desafío para la enfermería, en especial, si se considera la escasa discusión sobre el tema en el transcurso de la formación profesional. Por lo tanto, la búsqueda de conocimiento es una práctica necesaria para todos aquellos que, directa o indirectamente se involucren en la temática.

Una de las posibilidades que surge para la formación de los enfermeros es la ciencia forense, que se preocupa no solo por la preservación de los rastros, investigación de escenas donde ocurren crímenes sino también por la asistencia que se le presta al agresor, en los más variados lugares y situaciones, desde aquellos que están privados de su libertad hasta los que se encuentran en el seno del hogar⁽²⁸⁻²⁹⁾.

La comprensión de la visión del mundo que propone la TDUC puede resultar más oportuna cuando los enfermeros que lidian con el asunto disponen de la mentada especialidad, dado que ello reduce la distancia entre el profesional y aquél que requiere cuidados^(11-12,25), en este caso, el agresor. La aproximación de la enfermería de a la temática específica, desde la perspectiva de la TDUC puede propiciar una atención más natural en el contexto salud-enfermedad, desde la perspectiva de los

actores involucrados, lo que permite la creación de lazos entre aquél que dispensa el cuidado y aquellos que son cuidados. Además, puede promover el cuidado humano y empático comprometido con el otro, en sus valores, límites y cultura.

Estudios sobre violencia doméstica afirman, con seguridad que la búsqueda de conocimiento por parte de los enfermeros, se impone como necesidad para brindar una mejor atención a las víctimas, a los testigos y a los agresores. Además, tales estudios mencionan que la calificación de esos profesionales puede ser crucial para la toma de decisiones, derivaciones y resultados, no solo clínicos, sino también psíquicos y sociales^(14-15,30).

Sin embargo, el cuidado del agresor no debe ser un deber solitario. El trabajo interdisciplinario permite la confluencia de diversas concepciones conceptuales sobre los hechos, y admite con ello, la posibilidad de realizar un debate enriquecedor y planificar colectivamente las intervenciones. La actuación conjunta contribuye en la asunción de riesgos y evaluación de límites, potencialidades y caminos que se pueden recorrer⁽²¹⁻³⁰⁾, como evidenciaron los participantes de este estudio. Las acciones de prevención de la violencia y de promoción de la cultura de la paz, como la mediación de conflictos, las prácticas restaurativas, y el uso de la comunicación no violenta son también medidas que pueden implementar los equipos interdisciplinarios de salud. Estas acciones reducen la incidencia de la violencia, pudiendo, además, generar reflejos a mediano plazo sobre aspectos culturales nocivos como el machismo⁽²²⁻²⁴⁾.

Al complementar el cuidado, las acciones multisectoriales permiten la articulación de redes de apoyo que fomentan prácticas asertivas⁽³¹⁾. Áreas como justicia, ciudadanía, educación, seguridad pública, asistencia social y hasta la cultura pueden aunar esfuerzos que lleven al mejoramiento directo o indirecto del bienestar de las personas, su nivel de control social y de resolución de problemas emergentes. Las prácticas restaurativas a través de la justicia, la enseñanza de formas de comunicación no violenta en espacios educativos, la rápida acción de los órganos de seguridad pública en casos de violencia familiar, la mediación de conflictos por intermedio del servicio de asistencia social y la ampliación del acceso al esparcimiento y a la cultura son algunos ejemplos de acciones que impactan positivamente en el cuidado que promueve bienestar y paz⁽⁸⁻¹⁸⁾.

Por lo tanto, el cuidado que se brinda al agresor familiar debe considerar que no solo deben mejorarse los condicionantes sociales y determinantes de salud, como el acceso a servicios y tratamientos sino que hay múltiples factores que influyen sobre la satisfacción y la calidad de vida. Además de las medidas preventivas adoptadas por esos sectores, la actuación colaborativa permite mayor agilidad en la resolución de problemas, como en los casos

en los que existe la necesidad de segregar al agresor de su núcleo familiar para proteger a las víctimas.

Las limitaciones de este estudio radican en la complejidad del tema y en el hecho de que la recolección de datos se haya realizado apenas con estudiantes de enfermería de una escuela pública. Los estudios orientados hacia el cuidado/atención del perpetrador de violencia son escasos, lo que lleva a dificultades a la hora de discutir los resultados. Realizar la recolección de datos a otros escenarios podría ampliar los resultados y permitir comparaciones, en función de la región a que pertenezcan los estudiantes y de los perfiles socioepidemiológicos. No obstante lo expuesto, dichas limitaciones no invalidan la información obtenida, puesto que se advirtieron aspectos notorios en relación a lo que se espera sobre el cuidado del agresor familiar persistente.

La contribución de esta investigación radica en la posibilidad de reflexionar sobre la emergencia de la temática, con la perspectiva de reconocer las dificultades vinculadas con el asunto en cuestión, y despertar el interés en el perfeccionamiento de los cuidados que se brindan y en investigaciones y políticas de salud que atiendan las demandas del agresor, de modo tal que pueda interrumpirse el ciclo de violencia familiar; otra de sus contribuciones está en demostrar que la técnica del diseño proyectivo puede utilizarse para abordar problemáticas complejas, sin necesidad de exponer a los investigadores. Además, demuestra que la adopción de la TDUC amplía la capacidad de comprensión de la realidad y de la dinámica de las interrelaciones de un grupo y su cultura.

Conclusión

El estudio reveló que el cuidado dispensado al agresor familiar no parece ser simple. Exige, de parte de quien lo cuida, el reconocimiento del contexto y de los valores de la familia, a fin de resignificar los aspectos culturales que atraviesan las relaciones y que pueden deberse a las indagaciones sobre los mecanismos de violencia. Asimismo, esta investigación demostró que es necesario dispensar cuidados al perpetrador, aunque en consonancia con la familia. Es decir, para que las prácticas sean culturalmente significativas, el agresor, la víctima y los testigos deben ser cuidados como unidad, evitando juzgamientos previos y prácticas unilaterales.

Los estudiantes afirmaron que no disponen de preparación técnica ni de formación para el ejercicio del cuidado con seguridad, no obstante lo cual, reconocieron la necesidad de buscar los conocimientos que no se les haya ofrecido en su formación de grado. Además, se infiere que el tema requiere un abordaje interdisciplinario e intersectorial, considerando las limitaciones de la enfermería y de otras profesiones, para brindar respuestas, en términos aislados, ante

situaciones complejas. Ese cuidado, articulado en red, permite que se interrumpan los ciclos de violencia y se puedan alcanzar resultados beneficiosos para el agresor, atendiendo así a las premisas de la cultura de la paz

Para finalizar, los autores destacan que tal vez la oferta de actividades educativas sobre el tema, bajo la modalidad de extensión universitaria pueda contribuir para la formación profesional permanente.

Referencias

1. Aakvaag HF, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G. Adult victimization in female survivors of childhood violence and abuse: the contribution of multiple types of violence. *Violence Against Women*. 2017 Jan;23(13):1601-19. doi: 10.1177/1077801216664427
2. Schek G, Silva MRS, Lacharité C, Bueno MEM. Organization of professional practices against intrafamily violence against children and adolescents in the institutional context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017;25:e2889. doi: 10.1590/1518-8345.1640.2889
3. Griffith R. Domestic violence protection measures. *Br J Nurs*. 2017 Jul;26(13):768-9. doi: 10.12968/bjon.2017.26.13.768
4. Shoqirat N, Almajali A, Alsarairh A. From a family home to hell: experiences and consequences of intimate partner violence among married Jordanian women. *Issues Mental Health Nurs*. 2019 Nov;40(1):33-40. doi: 10.1080/01612840.2018.1485794
5. Clements CM, Bennett VE, Hungerford A, Clauss K, Wait SK. Psychopathology and coping in survivors of intimate partner violence: associations with race and abuse severity. *J Aggress Maltreat Trauma*. 2018 Sep;28(2):205-21. doi: 10.1080/10926771.2018.1470588
6. Rigol-Cuadra A, Galbany-Estragué P, Fuentes-Pumarola C, Burjales-Martí MD, Rodríguez-Martín D, Ballester-Ferrando D. Perception of nursing students about couples' violence: knowledge, beliefs and professional role. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 May;23(3):527-34. doi: 10.1590/0104-1169.0357.2584
7. Verdolini N, Murru A, Attademo L, Garinella R, Pacchiarotti I, Bonnin CM, et al. The aggressor at the mirror: psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. *Eur Psychiatry*. 2017 Jul;44:153-60. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.04.002
8. Ferreira MNX, Hino P, Taminato M, Fernandes H. Care of perpetrators of repeat family violence: an integrative literature review. *Acta Paul Enfermagem*. 2019 Feb;32(3):334-40. doi: 10.1590/1982-0194201900046
9. Maquibar A, Hurtig AK, Cases CV, Estalella I, Goicolea I. Nursing students' discourses on gender-based violence and their training for a comprehensive healthcare response: a qualitative study. *Nurse Educ Today*. 2018 Feb;68:208-12. doi: 10.1016/j.nedt.2018.06.011

10. Backos A, Samuelson KW. Projective drawings of mothers and children exposed to intimate partner violence: a mixed methods analysis. *Art Therapy*. 2017 Feb;34(2):58-7. doi:10.1080/07421656.2017.1312150
11. Rohrbach-Viadas C. Historic perspectives from anthropology. Reflections proposed to Transcultural Nursing. *Invest Educ Enferm*. 2015 Jan;33(2):365-73. doi: 0.17533/udea.iee.v33n2a20
12. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P. Female genital mutilation and transcultural nursing: adaptation of Rising Sun Model. *Contemp Nurse*. 2017 Feb;38(5):196-202. doi: 10.1080/10376178.2016.1261000
13. Mendes RM, Miskulin RGS. Content analysis as a methodology. *Cad Pesqui*. 2017 Feb;47(165):1044-66. doi: 10.1590/198053143988.
14. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TA, Garbin AJ. Challenges facing health professionals in the notification of violence: mandatory implementation and follow-up procedures. *Ciênc Saúde Colet*. 2015 Apr;20(06):1879-90. doi: 10.1590/1413-81232015206.13442014
15. Avanci JQ; Pinto LW, Assis SG. Treatment for cases of violence by Brazilian emergency services focusing on family relationships and life cycles. *Ciênc Saúde Colet*. 2017 Apr;22(9):2825-40. doi: 10.1590/1413-81232017229.13352017
16. Fowler DR, Cantos AL, Miller SA. Exposure to violence, typology and recidivism in a probation sample of domestic violence perpetrators. *Child Abuse Negl*. 2016 Jan;59:66-77. doi: 0.1016/j.chiabu.2016.07.007
17. Kelly L, Westmorland N. Naming and defining domestic violence: lessons from research with violent men. *Fem Rev*. 2016 Feb;112(1):113-27. doi: 10.1057/fr.2015.52
18. Cantos AL, Kosson DS, Goldstein DA, O'Leary KD. Treatment impact on recidivism of family only vs. generally violent partner violence perpetrators. *Int J Clin Health Psychol*. 2019 May;19(3):171-80. doi: 10.1016/j.ijchp.2019.05.002
19. Razera J, Gaspodini IB, Oliveira EL, Neis LF, Falcke D. Couple therapy in contexts of intimate partner violence: integrative literature review. *Contextos Clínic*. 2018 Apr;11(2):197-205. doi: 10.4013/ctc.2018.112.05
20. Madalena M, Carvalho LF, Falcke D. Intimate partner violence: the predictive power of experiences in the family of origin and of personality disorder traits. *Trends Psychol*. 2018 May;26(1):93-109. doi: 10.9788/TP2018.1-04En
21. Llor-Esteban B, García-Jiménez J, Ruiz-Hernández JA, Godoy-Fernández C. Profile of partner aggressors as a function of risk of recidivism. *Int J Clin Health Psychol*. 2016 May;16(1):39-46. doi: 10.1016/j.ijchp.2015.05.004
22. Schmidt B, Coelho ESB. Approach to family violence in the Family Health Strategy: review of literature. *Psicol Argum*. 2017 Apr;31(74):373-81. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.DS01
23. Garbin CAS, Rovida TAS, Costa AA, Garbin AJI. Recognition and reporting of violence by professionals of the Family Health strategy. *Arch Health Invest*. 2016 May;5(1):8-12. doi: 10.21270/archi.v5i1.1294
24. Vall B, Päivinen H, Holma J. Results of the Jyväskylä research project on couple therapy for intimate partner violence: topics and strategies in successful therapy processes. *J Fam Ther*. 2017 May;40(1):63-82. doi: 10.1111/1467-6427.12170
25. Giger JN. *Transcultural nursing, assessment & intervention*. 17thed. St Louis: Elsevier; 2017.
26. Russell B, Kraus S. Perceptions of partner violence: how aggressor gender, masculinity/femininity, and victim gender influence criminal justice decisions. *Deviant Behav* 2016 Jun;37(6):679-91. doi: 10.1080/01639625.2015.1060815
27. Valgardson BA, Schwartz JA. An examination of within and between family influences on the intergenerational transmission of violence and maltreatment. *J Contemp Crim Justice*. 2018 Nov;35(1):87-102. doi: 10.1177/1043986218810598
28. Olsson H, Kristiansen LP. Violence risk assessment in clinical practice: how forensic nurses experience violence risk assessment in daily work - a qualitative interview study. *Glob J Health Sci*. 2017 Aug;9(12):56-63. doi: 10.5539/gjhs.v9n12p56
29. Olsson H, Audilv A, Strand S, Kristiansen L. Reducing or increasing violence in forensic care: a qualitative study of inpatient experiences. *Arch Psychiatr Nurs*. 2015 Aug;29(6):393-400. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.009
30. Linnarsson JR, Benzein E, Årestedt K. Nurses' views of forensic care in emergency departments and their attitudes, and involvement of family members. *J Clin Nurs*. 2015 Sep;24(1-2):266-74. doi: 10.1111/jocn.12638
31. Serrano-Gallardo MP. Intersectorality, key to address Social Health Inequalities. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019;27:e3124. doi: 10.1590/1518-8345.0000-3124

Recibido: 24.10.2019

Aceptado:08.03.2020

Editora Asociada:
Sueli Aparecida Frari Galera

Copyright © 2020 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.

Autor de correspondencia:

Hugo Fernandes

E-mail: hugoenf@yahoo.com.br

 <https://orcid.org/0000-0003-2380-2914>