

Estudio transversal sobre factores de riesgo de sufrir violencia por compañero íntimo en la mujer enfermera¹

María-Aurora Rodríguez-Borrego²

Manuel Vaquero-Abellán³

Liana Bertagnolli da Rosa⁴

Se tuvo por objetivo investigar los factores de riesgo relacionados al maltrato por compañero íntimo. Se trata de un estudio transversal realizado en 622 enfermeras, elegidas por aleatorización de sus lugares de trabajo, Hospitales y Centros de Salud. Se utilizó un cuestionario autoadministrado sobre maltratos psicológico, físico y sexual, complementado con preguntas de carácter sociodemográfico. Las mujeres enfermeras con mayor probabilidad de sufrir violencia del compañero íntimo fueron las que mantienen la familia con su salario (Odds Ratio: 2,41 [0,63–9,15]), las que conviven con hijos (Odds Ratio: 4,27 [1,43–2,78]) y las con pareja de clase social IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37–5.00]). Se concluye que los datos parecen indicar que la independencia constituye un riesgo de maltrato.

Descriptores: Violencia Doméstica; Violencia Contra la Mujer; Identidad de Género; Enfermería; Mujeres Maltratadas.

¹ Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Prevalencia de violencia del compañero íntimo contra la enfermera" presentada a la Universidad de Córdoba, España. Apoyo financiero de Junta de Andalucía, España, nº PI-0109/2008.

² Enfermera, Antropóloga, Doctor en Antropología, Profesor, Universidad de Córdoba, España. E-mail: en1robom@uco.es.

³ Médico, Doctor, Profesor, Universidad de Córdoba, España. E-mail: mvaquero@uco.es.

⁴ Odontólogo, Doctor en Metodología de la Investigación. E-mail: lianabertagnolli@yahoo.es.

Correspondencia:

María-Aurora Rodríguez-Borrego
Universidad de Córdoba. Facultad de Enfermería
Avenida Menéndez Pidal, s/n
ES 14004 Córdoba, Spain
E-mail: en1robom@uco.es

Estudo transversal sobre fatores de risco de violência por parceiro íntimo entre enfermeiras

O objetivo deste estudo foi identificar os fatores de risco de abuso por parceiro íntimo entre enfermeiras. Trata-se de estudo transversal, realizado com 622 enfermeiras, selecionadas aleatoriamente nos seus locais de trabalho (hospitais e centros de saúde). Utilizou-se um questionário autoadministrado sobre maus-tratos psicológico, físico e sexual, complementado com perguntas de caráter sociodemográfico. As mulheres enfermeiras com maior probabilidade de sofrer violência foram: aquelas que mantinham a família com seu salário (Odds Ratio: 2,41 [0,63-9,15]), as que conviviam com filhos (Odds Ratio: 4,27 [1,43-2,78]) e com parceiro íntimo de classe social IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37-5,00]). Os dados parecem indicar que a independência representa fator de risco para esse abuso.

Descritores: Violência Doméstica; Violência Contra a Mulher; Identidade de Gênero; Enfermagem; Mulheres Maltratadas.

A cross-sectional study of factors underlying the risk of female nurses' suffering abuse by their partners

This study aimed to identify factors underlying the risk of suffering abuse by a partner. A cross-sectional study of 622 female nurses was accomplished, randomly chosen at their place of work, at a hospital and health centers. We used a self-administered validated questionnaire that covered psychological, physical and sexual abuse, complemented by a set of sociodemographic questions. The nurses at most risk of being abused by their partners were those who supported their family by their own salary (Odds Ratio: 2.41 [0.63–9.15]), those who lived with dependents (Odds Ratio: 4.27 [1.43–2.78]) and had a partner from social class IIIa (Odds Ratio: 2.62 [1.37– 5.00]). The data appear to indicate financial independence as a risk factor for this type of abuse.

Descriptors: Domestic Violence; Violence Against Women; Gender Identity; Nursing; Battered Women.

Introducción

La violencia por compañero íntimo (VCI) ocurre entre dos personas en una relación próxima. El término "compañero íntimo" abarca esposo(a)s actuales y anteriores y compañeros en relaciones de enamorado. Ese tipo de violencia se divide entre: violencia física, violencia sexual, amenazas y abuso emocional. En muchos casos, la VCI comienza con abuso emocional. Ese comportamiento puede derivar para agresión física o sexual. Varios tipos de VCI pueden suceder concomitantemente⁽¹⁾.

A pesar de las variaciones estadísticas entre varios informes, todos indican que la violencia contra la mujer (VCM) alcanzó proporciones epidémicas. El *Multi-Country Study of Women's Health and Domestic Violence Against Women*, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indica variaciones significativas en la prevalencia de la VCI a lo largo de la vida, entre países y regiones, variando de 13 a 71%⁽²⁾. Esa población necesita de atención de la

salud. De acuerdo con los *Centers for Disease Control and Prevention* (2003), el costo de la VCI contra las mujeres, en el año 1995, superó la estimativa de \$5,8 billones. Ese valor, generalmente, es considerado subestimado debido a la no inclusión de los gastos asociados al sistema jurídico⁽³⁾.

Alrededor del mundo, la violencia contra la mujer (VCM) se tornó uno de los principales problemas sociales; representando problema de salud pública y de violación de los derechos humanos. En el ámbito internacional, los gobiernos prometieron enfrentar y eliminar la violencia de género⁽⁴⁾. A pesar de esas declaraciones, todavía hay mucho que hacer. Solamente en España, en los últimos cuatro años, la cantidad de mujeres que murieron en consecuencia de violencia cometida por sus compañeros fue de 71, en 2007; 76, en 2008; 55, en 2009; 73, en 2010⁽⁵⁾; claramente excediendo los números de todo el año anterior.

La enfermería, como profesión particularmente femenina, especializada en el cuidado a otras personas⁽⁶⁾, generalmente es el primer contacto de las víctimas de violencia con los servicios de salud. Varios estudios destacaron la posición estratégica de esa profesión en el tratamiento a las mujeres en situaciones/relaciones de violencia⁽⁷⁻⁸⁾.

La relevancia de las enfermeras en el sector de salud nos conduce a preguntarnos, como mujeres, si esas profesionales pueden ser víctimas actuales o anteriores de VCM. En el presente estudio, el enfoque fue sobre las enfermeras de Andalucía. En esa perspectiva, se desarrolló este estudio para identificar los factores que afectan el riesgo de abuso por compañero íntimo en una muestra representativa de enfermeras andaluzas.

Métodos

Fue desarrollado un estudio transversal, en los sectores de atención primaria especializada, en los sistemas público y privado, en las ocho provincias de Andalucía, región autónoma de España, cuya población es de 8,3 millones. La recolección de datos sucedió entre los meses de mayo y julio de 2008, en la provincia de Córdoba, y entre abril y junio de 2009, en las otras provincias. La muestra incluyó enfermeras activas en instituciones andaluzas; las enfermeras solteras y extranjeras fueron excluidas.

El tamaño de la muestra fue calculado con base en una prevalencia estimada de 12% (un índice encontrado en todas las mujeres españolas, de acuerdo con el estudio macro, realizado en 1999, por SIGMA DOS España, en nombre del *Women's Institute*), precisión de 3% y nivel de confianza de 95%. Debido a las pérdidas estimadas y al alto nivel de respeto por la privacidad de las entrevistadas, los investigadores decidieron realizar más entrevistas que lo exigido por la muestra mínima. En la selección de la muestra, se consideraron los siguientes criterios: centros, provincia, propiedad del centro. Un pedido de permiso para distribuir el cuestionario fue enviado a todos los centros, junto con la descripción del proyecto, el término de consentimiento libre e informado, el propio cuestionario, el parecer de la Comisión de Ética del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba - Acta nº156 de 1/30/2008, y un formulario de concordancia. Finalmente, el cuestionario fue distribuido en los centros que habían concedido permiso para ese estudio. La muestra fue aleatoria por localidad, para respetar la privacidad de las entrevistadas. En todos los momentos los investigadores se esforzaron para garantizar que ninguna entrevistada se sintiese identificada, a pesar de saber que el propio hecho de ser voluntaria puede limitar la generalización de los resultados. Los cuestionarios no fueron recolectados inmediatamente, y si algunos días después, antes de la

recolección de las urnas en que los cuestionarios deberían ser depositados, lo que también ayudó a garantizar el anonimato de las entrevistadas.

Las variables independientes fueron clasificadas, conforme mostrado a seguir.

Variables sociodemográficas: *cuantitativas* – edad de la entrevistada, años junto con el compañero, número de hijos y/o dependientes; *cualitativas* – provincia (Huelva, Sevilla, Jaén, Almería, Granada, Málaga, Cádiz, Córdoba), estado civil (soltera, casada/unión estable, separada/divorciada, viuda), cohabitación (esposo/compañero, hijos, familia parental, familia del compañero, sola, con amigos), posteriormente recodificado como: esposo/compañero, hijos, familia parental/familia del compañero, sola, esposo/compañero+otros miembros de la familia; local de trabajo (público, privado); localización del trabajo (rural, urbano); posición (enfermera clínica, administración); fuentes de renta familiar (salario de enfermería, salario del compañero, salarios de ambos); clase social del compañero (de acuerdo con el Grupo de Trabajo de la Sociedad Epidemiológica Española)⁽⁹⁾; niño y/o ancianos (dependientes).

La variable dependiente fue la existencia de abuso físico, psicológico o sexual, detectado mediante cuestionario validado⁽¹⁰⁾, con preguntas cerradas y cinco alternativas de respuesta: nunca, casi nunca, a veces, bastante, casi siempre. Las preguntas de 1 a 5 se refieren al abuso psicológico; 6, 7 y 9, 10 al abuso físico y 8 al abuso sexual (Figura 1).

Preguntas su marido/compañero -	Abuso	
	No	Si
1. ¿Respeto sus sentimientos?	bastante	a veces
	casi siempre	casi nunca
		nunca
2. ¿Ya le insultó, avergonzó o humilló?	nunca	a veces
	casi nunca	bastante
		casi siempre
3. ¿Ya amenazó a usted, a sus hijos o a algún ser querido?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre
4. ¿Ya quebró alguno de sus perteneces o cualquier cosa en la casa?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre
5. ¿Ya trató de controlar su vida o su ir y venir?	nunca	a veces
	casi nunca	bastante
		casi siempre
6. ¿Ya le pegó?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre

La figura 1 continúa en la próxima pantalla

Figura 1 - *continuación*

Preguntas su marido/compañero -	Abuso	
	No	Si
7. ¿Ya le hizo daño?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre
8. ¿Ya la forzó a tener relaciones sexuales contra su voluntad?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre
9. ¿Ya la amenazó con un arma u otro objeto?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre
10. ¿Ya la hirió con un arma u otro objeto?	nunca	casi nunca
		a veces
		bastante
		casi siempre

Figura 1 – Recodificación de las variables de abuso, de acuerdo con Delgado et al. (2006)⁽¹⁰⁾

Se usó la escala de los autores del cuestionario, a pesar de haber sido modificada después de la identificación de un error en la recodificación⁽¹¹⁾; finalmente, las variables de abuso fueron tratadas como dicotómicas: "Si" para la existencia de abuso o "No" para su ausencia. Además, el cuestionario prosigue con una serie adicional de preguntas: 11, 12, 12a y 13, relacionadas a aspectos subjetivos de la entrevistada, si estaba recibiendo cualquier forma de apoyo profesional (por ejemplo, psicológico), y a quien se había solicitado apoyo, también indagaba sobre la disposición en participar de una entrevista en profundidad, vinculada a la segunda parte del proyecto en curso "Violencia de género cometida contra enfermeras", de naturaleza cualitativa. En el cuestionario se solicitaba la dirección de *email* del grupo del proyecto para aquellas entrevistadas que aceptaron la oferta de la entrevista en profundidad. Junto con el cuestionario se entregó una carta, explicando el proyecto. Ese tipo de consentimiento informado no necesitó de la firma de las participantes, para fines de preservar su anonimato.

Para el análisis estadístico, fue usado el programa SPSS 14.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL). Las variables cualitativas fueron expresadas como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), y las cuantitativas como medias y desviación estándar. Para la comparación de las variables, fueron aplicadas las tablas de contingencia chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y la prueba t de Student para las cuantitativas. El nivel de significancia fue determinado como $p < 0,05$.

Para estimar el riesgo, fue usado el *Odds Ratio* (OR), considerando las variables que podrían actuar como factores de riesgo. También fue empleada la regresión logística para determinar la contribución de factores individuales al abuso, mediante el método reverso de selección de variables. Para cada variable explicativa, fueron calculadas la significancia estadística, la señal del coeficiente y el OR. El último mide el grado en que se espera el riesgo de ser víctima de abuso, si hubiese cambio en una variable en cuanto las otras permanecen constantes. Una alteración próxima a la unidad indica que ningún cambio fue causado por la variación en una unidad en la variable: ORs superiores a la unidad son considerados factores de riesgo y los inferiores como factores de protección. Todas las variables que revelaron asociación estadísticamente significativa a la variable "abuso" fueron consideradas para inclusión en el modelo multivariado "reverso". Las variables sin significancia en el nivel de $\leq 0,05$ fueron progresivamente eliminadas hasta alcanzar el modelo. La prueba de la razón de verosimilitud permitió a los investigadores verificar la hipótesis cero, esto es, que las variables suprimidas en el modelo habían sido eliminadas correctamente y no contribuyeron con informaciones adicionales al análisis ($p=0,4$). Después, la escala de la variable continua fue comparada (transformación Box-Tidwell) a la edad de la enfermera. Fue creada una nueva variable, "BTedad". El cuadrado de esa variable (estadística Wald; $p=0,517$) fue usado para comprobar la marcación lineal de la variable en una distribución logit. Las potenciales interacciones y la existencia de variables de confusión fueron evaluadas.

Resultados

La prevalencia estimada del abuso entre las enfermeras fue de 33%, y 75,1% de los casos fueron únicamente de abuso psicológico (AP), 1,5% solamente abuso físico y 2,0% solamente abuso sexual. También se encontraron casos de combinaciones de tipos de violencia; 4,9% psicológico y físico, 9,3% psicológico y sexual y 7,3% todos los tipos. Aproximadamente 60,6% de los casos de abuso podían ser considerados ligeramente serios. Las enfermeras que participaron del estudio e indicaron cualquier tipo de abuso mostraron las siguientes características sociodemográficas: edad 40 años, casadas o en unión estable por 20 años, trabajo en ambiente urbano, como enfermera clínica, economía familiar basada en dos salarios y dos dependientes (hijos o familiares ancianos) (Tablas 1, 2, 3).

Tabla 1 – Relación entre abuso y apoyo financiero de la enfermera a la familia (n=622)

Apoyo financiero a la familia	Abuso		X ²	p
	n (%)			
	No (grupo 1)	Si (grupo 2)		
Ambos salarios	341 (82,8)	147 (71,7)	16,0	<0,001
Salario de la enfermera	54 (13,1)	53 (25,9)		
Salario del compañero	17 (4,1)	5 (2,4)		
Total	412 (100)	205 (100)		

La suma de los valores arriba puede no coincidir debido a la pérdida de algunos valores. Los datos representan frecuencias absolutas (porcentajes). X²: coeficiente chi-cuadrado de Pearson.

p: nivel de significancia. Datos recolectados en 2008 y 2009; en sectores de atención primaria especializada, públicos y privados, en las ocho provincias de Andalucía.

Tabla 2 – Clase social del compañero y abuso (n=622). Clasificación de la clase social de acuerdo con el grupo de trabajo de la *Spanish Epidemiological Society*⁽⁹⁾

Clase social del compañero	Abuso		X ²	p
	n (%)			
	No (grupo 1)	Si (grupo 2)		
Clase I	103 (25,6)	32 (16,2)	11,1	0,134
Clase II	69 (17,1)	36 (18,3)		
Clase IIIa	55 (13,6)	33 (16,8)		
Clase IIIb	93 (23,1)	50 (25,4)		
Clase IIIc	9 (2,2)	3 (1,5)		
Clase IVa	55 (13,6)	26 (13,2)		
Clase IVb	14 (3,5)	10 (5,1)		
Clase V	5 (1,2)	7 (3,6)		
Total	403 (100)	197 (100)		

La suma de los valores arriba puede no coincidir debido a la pérdida de algunos valores. Los datos representan frecuencias absolutas (porcentajes). X²: coeficiente chi-cuadrado de Pearson.

p: nivel de significancia.

Datos recolectados en 2008 y 2009; en sectores de atención primaria especializada, públicos y privados, en las ocho provincias de Andalucía.

Tabla 3 – Niños y/o ancianos mantenidos por las enfermeras y abuso (n=622)

Niños y/o ancianos	Abuso		X ²	p
	n (%)			
	No (grupo 1)	Si (grupo 2)		
No	127 (30,9)	46 (22,5)	4,7	0,030
Si	284 (69,1)	158 (77,5)		
Total	411 (100)	204 (100)		

La suma de los valores arriba puede no coincidir debido a la pérdida de algunos valores. Los datos representan frecuencias absolutas (porcentajes).

X²: coeficiente chi-cuadrado de Pearson.

p: nivel de significancia.

Datos recolectados en 2008 y 2009; en sectores de atención primaria especializada, públicos y privados, en las ocho provincias de Andalucía.

El mayor riesgo de abuso por compañero íntimo fue identificado entre las enfermeras que mantenían sus familias con su propio salario (*Odds Ratio*: 2,41 [0,63-9,15]), que vivían con dependientes (OR: 4,27 [1,43-2,78]) y con compañeros de la clase social IIIa (OR: 2,62 [1,37-5,00]) (Tabla 4). En lo que se refiere a la evaluación del efecto, fue encontrado que el riesgo de abuso se multiplica por 1,06 para cada año de edad cuando las otras variables continúan constantes. Para la variable "cohabitación", el riesgo de abuso entre las enfermeras que dividen la casa con sus hijos es 4,27 veces superior a las otras categorías cubiertas por esa variable y, en el caso de la variable clase social, la probabilidad de abuso por un compañero de la clase social IIa es 2,62 veces superior a los otros grupos. El único factor de protección fue la duración de la relación con el compañero (OR: 0,97 [0,94-0,99]).

Tabla 4 - Regresión logística: análisis univariado y multivariado, según las características de las enfermeras (n=569)

	OR* (IC 95%)	p	OR ajustado† (IC 95%)	p
Duración de la relación con el compañero (años)	0,97 (0,94-1,00)	0,061	0,97 (0,94-0,99)	0,032
Posición en el trabajo	1,05 (0,59-1,89)	0,849		
Apoyo financiero a la familia				
Salario de la enfermera		0,426		
Ambos salarios	2,41 (0,63-9,15)	0,193		
Salario del compañero	1,86 (0,57-6,08)	0,299		
Dependientes (niños y ancianos)	1,06 (0,63-1,77)	0,818		
Edad de la enfermera	1,06 (1,02-1,09)	0,001	1,06 (1,02-1,09)	0,000
Situación doméstica				
Vive sola		0,002		0,000
Familia/familia del compañero	0,63 (0,20-1,97)	0,429	0,54 (0,19-0,57)	0,265
Viviendo con marido/compañero	0,86 (0,29-2,55)	0,789	0,72 (0,28-1,84)	0,494
Hijos	4,27 (1,32-13,77)	0,015	4,27 (1,43-2,78)	0,009
Marido+hijos otros miembros de la familia	1,06 (0,34-3,28)	0,917	0,90 (0,34-2,35)	0,837

(continúa...)

Tabla 4 - *continuación*

	OR* (IC 95%)	p	OR ajustado† (IC 95%)	p
Clase social del compañero				
I		0,037		0,027
II	1,93 (1,03-3,61)	0,040	1,94 (1,04-3,62)	0,037
IIIa	2,55 (1,33-4,88)	0,005	2,62 (1,37-5,00)	0,003
III (b & c)	2,16 (1,21-3,87)	0,009	2,21 (1,24-3,93)	0,007
IV (a & b) y V	2,18 (1,18-4,02)	0,013	2,23 (1,22-4,08)	0,009

OR: *Odds Ratio*

*OR: *Odds Ratio* estimado por regresión logística univariada

†OR: *Odds Ratio* ajustado calculado por regresión logística multivariada. Adecuación del ajuste: estadístico Hosmer-Lemeshow=1,39, p=0,180. IC 95%=intervalo de confianza 95%

Datos recolectados en 2008 y 2009; en sectores de atención primaria especializada, públicos y privados, en las ocho provincias de Andalucía

Discusión

Se debe observar que, para muchos autores, los orígenes del fenómeno de la VCM están en la interacción entre factores de riesgo que constituyen el ambiente del individuo, la relación, la comunidad y la sociedad como un todo⁽¹²⁻¹⁵⁾. Además de eso, otros indican que los determinantes sociales como inmigración, desigualdad de género y la impotencia de las mujeres en un relación, tienen vínculo con la VCM⁽¹⁴⁾.

En España, los datos normalmente usados se refieren a las muertes y quejas de abuso^(5,15-17). Esos datos, sin embargo, no reflejan la totalidad de los casos de abuso. En cualquier caso, todos los aspectos mencionados arriba pueden llevar a subestimar la verdadera incidencia del abuso y, por ese motivo, para cualquier comparación de resultados con otros estudios se debe tomar el máximo de cuidado posible. En años recientes, varios estudios trataron de determinar las verdaderas dimensiones de ese fenómeno, tanto en el ámbito de la población como en el sector de salud^(5,18-21), sin embargo, debido a la falta de consenso sobre la definición del problema y el uso de diferentes metodologías e instrumentos en los estudios, comparar esos datos es difícil, y también es difícil comparar los resultados con otros estudios internacionales.

Solamente enfermeras españolas participaron de este estudio. Gracias a la capacitación profesional particular que recibieron, se pudo partir de un alto nivel educacional, contrastando con la alta incidencia de abuso con las reflexiones arriba. Eso conduce a la impresión de que los presentes datos están más próximos a las de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁾, lo que sugiere que la mayor autonomía de las mujeres, en nivel de educación y vida profesional, amenaza la jerarquía tradicional de género. Otros estudios indican que la ruptura de los estándares tradicionales impuestos por el género pueden agravar la violencia cometida para mantener esa jerarquía⁽²²⁻²³⁾. Otras publicaciones, por otro

lado, destacan altos niveles educacionales y ocupacionales como uno de los más importantes factores de protección a las mujeres contra el abuso⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Esa última consideración contrasta con los factores de riesgo identificados en el presente estudio, en donde se verificó que las enfermeras que mantienen sus familias con sus propios salarios, que dividen la casa con dependientes (hijos y/o ancianos) y cuyos compañeros pertenecen a la clase social IIIa (profesionales administrativos, de administración y apoyo financiero, trabajadores en servicios personales y de seguridad) enfrentan mayores riesgos para la violencia por sus compañeros.

Algunas limitaciones importantes del presente estudio deben ser destacadas. Primero, presenta todos los sesgos usuales en estudios dependientes de autoreferencia. En segundo lugar, se debe subrayar que la VCM representa un problema social y de salud pública. La obtención de datos confiables, exactos y comparables sobre las dimensiones de la violencia en parejas, ocasiona problemas metodológicos severos y dificultades, debido a una serie de factores, por ejemplo, la propia naturaleza del tema bajo análisis y la heterogeneidad de las herramientas de medida, la falta de adaptación cultural y la ausencia de consenso internacional sobre las herramientas más adecuadas que permitirían comparaciones de los resultados. Además, de eso, se sabe que la mayoría de los casos de abuso acontece en el domicilio, siendo un local privado e íntimo, en donde es difícil entrar para fines de observación y estudio. Eso significa que la mayor parte de la información a ese respecto proviene de lo que las personas están dispuestas a revelar, con todos los sesgos y distorsiones que eso implica⁽²⁶⁾. En tercer lugar, la violencia familiar es un tema delicado que viene acompañado de tabús, miedos, sentimientos de culpa y vergüenza, que pocas personas quieren discutir con externos o expresar en la esfera pública. Eso conduce a altos niveles de falta de respuesta y de encubrimientos que dificultan el alcance de indicadores exactos de su prevalencia.

Conclusión

Los datos recolectados identifican la independencia financiera de la mujer como factor que aumenta el riesgo de abuso.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los enfermeros que se ofrecieron voluntariamente para participar de forma anónima en este estudio.

Referencias

- National Center for Injury Prevention and Control (USA). Understanding Intimate Partner Violence [internet]. [acceso 17 dez 2011]. Disponible em: http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pdf/IPV_Factsheet-a.pdf
- World Health Organization – WHO. WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. WHO 2005. [acceso 4 abr 2009]. Disponible em: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf.
- National Center for Injury Prevention and Control. Costs of Intimate Partner Violence Against Women in the United States. [Internet]. [acceso 17 dez 2011]. Disponible em: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/IPVBook-a.pdf>
- Lemaitre EA, Apaza RM, Silva JR. Violencia Contra la Mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en El Alto, Bolivia. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2007. CEPAL – Serie Mujer y desarrollo nº 84.
- Instituto de la Mujer. Estadísticas [Internet]. Madrid: 2011 [acceso 07 ago 2011]. Disponible em: <http://www.inmujer.es/ss/Satellite>.
- Lunardi VL. Relacionando enfermagem, gênero e formação disciplinar. Rev Bras Enferm. 1993;46(3/4):286-95.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França I Junior, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde Soc. 2000;9:3-15.
- Schoening AM, Greenwood JL, McNichols JA, Heermann JA, Agrawal. Effect of an Intimate Partner Violence Educational Program on the Attitudes of Nurses. JOGNN. 2004;33(5):572-9.
- Regidor E. La clasificación de clase social de goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. Rev Esp Salud Pública. 2001;75:13-22.
- Delgado A, Aguar M, Castellano M, Luna del Castillo JD. Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres. Rev Atención Primaria. 2006;38(2):82-9.
- Rodríguez-Borrego MA, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli L, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Error en la interpretación de un cuestionario de malos tratos. Rev Atención Primaria. 2009;41(11):650.
- Heise L. Violence against women: an integrated, ecological framework. Violence Against Women. 1998;4(3):262-90.
- Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfes I, Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. Rev Gac Sanit. 2009;23(5):410-4.
- Morash M, Bui H, Zhang Y, Holtfreter K. Risk factors for abusive relationship: a study of Vietnamese American immigrant women. Violence Against Women. 2007;13:653-75.
- Vives-Cases C, Torrubiano-Domínguez, Álvarez-Dardet C. Distribución temporal de las denuncias y muertes por violencia de género en España en el periodo de 1998-2006. Rev Esp Salud Pública. 2008;82:91-100.
- Rodríguez-Borrego MA, Vaquero Abellán M, Bertagnolli da Rosa L, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. La violencia contra las mujeres en la pareja. Primeros resultados de un estudio en Andalucía. Rev Enferm Global. [Internet]. 2011;(21). [acceso 13 jan 2011]. Disponible em: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n21/clinica1.pdf>
- Rodríguez-Borrego MA, Vaquero Abellán M, Bertagnolli da Rosa L, Muñoz-Gomariz E, Redondo-Pedraza R, Muñoz-Alonso A. Violencia del compañero íntimo: estudio con profesionales de enfermería. Rev Atención Primaria. 2011;43(8):417-25.
- González Méndez R, Santana Hernández JD. La violencia en parejas jóvenes. Psicothema. 2001;13(1):127-31.
- Medina-Ariza J, Barberet R. Intimate Partner Violence in Spain. Findings from a National Survey. Violence Against Women. 2003;9(3):302-22.
- Fontanil Y, Ezama E, Fernández R, Gil P, Herrero FJ, Paz D. Prevalencia del Maltrato de Pareja contra las Mujeres. Psicothema. 2005;17(1):90-5.
- Ruiz-Pérez I, Mata-Pariente N, Plazaola-Castaño J. Women's Response to Intimate Partner Violence. J Interpersonal Violence. 2006;21(9):1156-68.
- Saffioti HIB. 2004. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004. Coleção Brasil Urgente
- Schraiber LB, D'oliveira AF, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. Ciênc Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2009; 14 (4):1019-1027 [acceso 7 dez 2011]. Disponible em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>

24. Gage AJ, Hutchinson, PL. Power, control and intimate partner sexual violence in Haiti. Arch Sex Behav. 2006;35:11-24.
25. Kishor S, Johnson K. Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged? Demography. 2006;43:293-307.
26. Medina JJ. Violencia contra la mujer en la pareja: Investigación comparada y situación en España. Valencia: Tirant Monografias; 2002.

Recibido: 17.8.2011

Aceptado: 6.1.2012

Como citar este artículo:

Rodríguez-Borrego M-A, Vaquero-Abellán M, Bertagnolli da Rosa L. _____
_____. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2011 [acceso: ____ ____
____];20(1):[__ pantallas]. Disponible en: _____

URL

mes abreviado con punto