

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE SALUD PÚBLICA



Una Institución Adventista

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SALUD LABORAL, EN
TRABAJADORES DEL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO
TELLO” DE CHOSICA, LIMA, 2014

Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Salud Pública,
con mención en Gestión de los Servicios de Salud

Por

Mitka Magali Quispe Ricaldi

Lima, Perú, 2015

Violencia intrafamiliar y salud laboral, en trabajadores del Hospital "José Agurto Tello" de Chosica, Lima, 2014

TESIS

Presentada para optar el Grado Académico de Magíster en Salud Pública con mención en Gestión de los Servicios de Salud

JURADO DE SUSTENTACIÓN


Dra. Erika Inés Acuña Salinas
Presidenta


Dr. Daniel William Richard Pérez
Secretario


Dr. Silomón Vásquez Villanueva
Asesor


Dra. Ana Rebeca Escobedo Bazo
Vocal


Mg. Guido Ángel Humpaya Flores
Vocal

Villa Unión, Ñaña, 12 de junio de 2015

DEDICATORIA

A mis padres, Víctor y Emperatriz,
por su inspiración para mi vida

A mi amada hija, Ariana el tesoro hermoso que Dios me
hizo.

A mis hermanos: Víctor, Gonzalo Araceli, Romina y
Valentino, Por su apoyo desde siempre.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por su infinito amor, por la gracia y la misericordia expresadas para sus hijos en este plantea.

A las autoridades de la Universidad Peruana Unión y a sus autoridades de la Escuela de Posgrado, por la oportunidad de estudio, por la enseñanza diversificada, respetuosa y académica.

Al Dr. Daniel Richard Pérez, Director de la Unidad de Posgrado de Salud Pública, por los consejos y calidad profesional.

Al Dr. Salomón Vásquez Villanueva, mi asesor, por sus orientaciones profesionales, durante el proceso de desarrollo de la tesis.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
TABLA DE CONTENIDO	v
LISTA DE TABLAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
Descripción de la realidad problemática.....	1
Antecedentes de la investigación.....	5
Antecedentes internacionales.....	5
Antecedentes nacionales.....	21
Formulación del problema.....	30
Problema general.....	30
Problemas específicos.....	30
Objetivos de la investigación.....	30
Objetivo general.....	30
Objetivos específicos.....	31
Hipótesis de la investigación.....	31
Hipótesis general.....	31
Hipótesis específicas.....	31
Justificación.....	32
Viabilidad.....	33
Delimitación del estudio.....	33
Limitaciones.....	34
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
Fundamento teórico	35
Violencia intrafamiliar	35
Salud laboral	50
Definición de términos.....	67
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA	
Tipo de investigación.....	71
Diseño de investigación.....	71
Descripción de la población	72
Tamaño de la muestra.....	72
Criterios de inclusión.....	74
Criterios exclusión.....	74
Consideraciones éticas.....	74
Definición de variables.....	74

Instrumento de recolección de datos	83
Validación del instrumento.....	83
Procedimiento para la recolección de datos	83
Plan de tabulación y análisis de datos.....	84
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
Características demográficas.....	86
Prueba de las hipótesis.....	91
Discusión.....	103
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
Conclusiones.....	105
Recomendaciones.....	107
REFERENCIAS.....	108
APÉNDICE A CUESTIONARIO	116
APÉNDICE B MATRIZ INSTRUMENTAL	122
APÉNDICE C MATRIZ DE CONSISTENCIA	127
APÉNDICE D VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	128

LISTA DE TABLAS

Nº	Nombre	Pg.
1	Factores de riesgo sociofamiliares y socio ambientales asociados con el maltrato de los menores	46
2	Relación entre situaciones propicias de los padres y maltrato infantil	47
3	Resultados de validez del instrumento de investigación	84
4	Estadísticos de fiabilidad	84
5	Descripción demográfica	86
6	Modelo 1a. Resumen del modelo	92
7	Modelo 1b. ANOVA	93
8	Modelo 1c. Coeficientes	94
9	Modelo 2a. Resumen del modelo	96
10	Modelo 2b. ANOVA	96
11	Modelo 2c. Coeficientes	98
12	Modelo 3a. Resumen del modelo	99
13	Modelo 3b. ANOVA	99
14	Modelo 2c. Coeficientes	100
15	Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia física y violencia verbal	100
16	Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia psicológica y violencia sexual.	101
17	Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia económica y violencia psicológica	102
18	Anova factorial entre sentimientos laborales vs violencia económica	102
19	Anova factorial para sentimientos laborales vs violencia sexual y violencia verbal.	103

LISTA DE ABREVIATURAS

MINSA	Ministerio de Salud
OMS.	Organización Mundial de Salud
SERNAM	Servicio Nacional de la Mujer

RESUMEN

El objetivo del estudio es determinar la relación de la violencia intrafamiliar con la salud laboral, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014.

El estudio presenta el enfoque cuantitativo, con el diseño de tipo descriptivo, transversal y correlacional, en una población de 30 trabajadores.

Entre los resultados, sobre la relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral, se acepta la hipótesis nula, el valor de signo supera al valor de alfa. Es decir: 1) violencia física sufrida por el paciente, signo = 0.666 > α = 0.05; 2) violencia verbal sufrida por el paciente, signo = 0.637 > α = 0.05; 3) violencia psicológica sufrida por el paciente, signo = 0.032 < α = 0.05; 4) violencia sexual sufrida por el paciente, signo = 0.189 > α = 0.05; 5) violencia económica sufrida por el paciente, signo = 0.134 > α = 0.05.

En conclusión, las dimensiones de la variable (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” predicen el comportamiento de las variables de criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente, sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente y, en efecto, la salud laboral.

Palabras claves: violencia intrafamiliar, salud laboral.

ABSTRACT

The aim of the study is to determine the relation of the violence intrafamiliar with the bad labor health, in workers of the Hospital "Jose Agurto Tello" of Chosica, Lima, 2014. The study presents the quantitative approach, with the design of descriptive, transverse type and correlacional, in a population of 30 workers.

Between the results, on the relation of the violence intrafamiliar with the labor perception, the void hypothesis is accepted, the value of sign overcomes to the value of alpha. It is to say: 1) physical violence suffered by the patient, sign = 0.666 > to = 0.05; 2) verbal violence suffered by the patient, sign = 0.637 > to = 0.05; 3) psychological violence suffered by the patient, sign = 0.032 < to = 0.05; 4) sexual violence suffered by the patient, sign = 0.189 > to = 0.05; 5) economic violence suffered by the patient, sign = 0.134 > to = 0.05.

In conclusion, the dimensions of the variable (violence intrafamiliar): "physical violence suffered by the patient", "verbal violence suffered by the patient", "psychological violence suffered by the patient", "sexual violence suffered by the patient" and "economic violence suffered by the patient" predict the behavior of the variables of criterion: labor perception as the patient perceives it, labor feelings as it is experienced by the patient and, in effect, the labor health.

Key words: violence intrafamiliar, labor health.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción de la situación problemática

El presente estudio aborda dos constructos: la violencia intrafamiliar y salud laboral. En este sentido, se requiere tener una visión de la realidad de la violencia intrafamiliar y la salud laboral. Es decir, ¿cómo se presenta o cuál es su estado actual de la violencia intrafamiliar a nivel internacional y nacional?

En el contexto de América Latina, de acuerdo con los datos registrados por UNICEF, no menos de 6 millones de niños, niñas y adolescentes quedan en la condición de objeto de agresiones severas, además 80 mil mueren cada año por la violencia experimentada al interior de la familia (Pinheiro, 2006).

A nivel mundial, la violencia intrafamiliar constituye indiscutiblemente un problema social, el cual atenta contra la salud pública, considerada así desde 199 por la Organización Mundial de la Salud. Además es un problema y como tal atenta contra los derechos humanos de las personas afectadas, a quienes las deja secuelas a corto, mediano y largo plazo (Vargas Vásquez, 1914).

Para Vargas Vásquez (1914), los números y las cifras del maltrato infantil y juvenil en el mundo no se conocen totalmente, por dos razones: primera por el alto subregistro de este problema social; segunda, por los problemas encontrados en los sistemas de información, gracias a los cuales quedan registrados los datos. Además este problema se agudiza, porque en Colombia no existe una adecuada vigilancia epidemiológica. Las situaciones de maltrato son informadas y procesadas por

SIVIGILA, también reportan datos la Fiscalía, las Comisarías y el ICBF, aunque los datos rara vez coinciden. En efecto, resulta difícil conocer la incidencia, la prevalencia y las tasas de morbilidad y mortalidad que ocasiona.

Por otro lado, según el informe presentado al Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, la situación y el panorama son altamente preocupantes. Las cifras se incrementan, por una mayor conciencia o por un aumento real del problema. Aproximadamente 150 millones de niñas y 73 millones de chicos menores de 18 años han experimentado relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico en 2002, solamente el 2,4 % de los niños y niñas del mundo están protegidos jurídicamente contra el castigo físico en todos los entornos. Frente a este problema, en el informe de Naciones Unidas y en el de la OMS se recomienda la prevención de este problema. El estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, niñas y adolescentes (2006) calculó entre 500 millones y 1.500 millones el maltrato infantil (Vargas Vásquez, 1914).

Dentro de este panorama, uno de los países con mayor porcentaje de violencia de pareja es Bolivia (2003), el 52,3 % de mujeres sufrió violencia física, el 15 % violencia sexual, el 53,8 % violencia emocional. Por su parte, en Colombia (2005) el 39 % corresponde a violencia física, el 12% a violencia sexual y el 65,7 % a violencia emocional. Asimismo, el país con uno de los porcentajes más bajos es Haití (2000), el 18,2% para la violencia física, el 17 % para la violencia sexual y el 27,3 % para violencia emocional (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: UNICEF, 2009).

Por su parte, la violencia física es revelada mediante los castigos con correa, sogas, vara, mano, empujones, bofetadas, jalones; ejercidos sobre los más débiles: los hijos y la pareja. La violencia verbal se manifiesta mediante insultos, maltratos, desprecios, omisiones, expresiones humillantes, sarcásticas y de burla, manejados en un sentido de verticalidad. En las instituciones, las agresiones físicas más frecuentes: “empujar”, “zamarrear” y “pegar una cachetada” (Larraín, 1992, en Greve, 2001).

La violencia psicológica queda revelada a través de expresiones de reproches, insultos, amenazas, desprecios a las participaciones, las tareas, las opiniones de los hijos y las parejas, la indiferencia hacia las necesidades de los mismos.

Asimismo, la violencia sexual es revelada a través de la falta de respeto a la voluntad sexual de la pareja, falta de respeto a la indisposición sexual, la indiferencia a la satisfacción sexual de la pareja, las relaciones sexuales sin consentimiento, las relaciones sexuales dentro de los periodos menstruales y las relaciones sexuales contranatura. Por ejemplo, a las violencias físicas: “empujar”, “zamarrear” y “pegar una cachetada”, se suman las de mayor frecuencia: las “golpizas” y “las relaciones sexuales a la fuerza” (Larraín, 1992, en Greve, 2001).

Por su lado, la violencia económica queda materializada mediante la negación a la compra de alimentos, ropa para los hijos y la pareja. La negación a los servicios médicos para los hijos y la pareja, la negación de las propinas y los juguetes a los hijos.

No se puede hablar de los niños al margen de las madres. Ambos constituyen un binomio inseparable. En este sentido, Rondón (2006) presenta algunos estadísticos que revelan la realidad de los niños y adolescentes trabajadores en el Perú, en las áreas: urbana y rural, inclusive se revelan las principales ocupaciones en las cuales son involucrados, cuya deficiencia se da en la legislación peruana: aunque la legislación peruana regula el trabajo adolescente, a través del Código de los Niños y

Adolescentes, cuya regulación es deficiente, porque no se asume los compromisos y acuerdos internacionales para la erradicación del trabajo infantil y del adolescente.

Para Greve (2001), la violencia intrafamiliar constituye la expresión clara del modo de vida de nuestra sociedad, en la cual la violencia se considera un medio legítimo para la solución de los conflictos, cuyos factores mantienen una estrecha relación con la misma: la competencia, el individualismo y el consumismo, entre otros.

En este contexto de la violencia intrafamiliar, profesores, médicos, enfermeras, policías, dirigentes vecinales, educadoras de párvulos, responden en la condición de agentes de promoción y prevención de maltrato infantil y/o violencia intrafamiliar. En este mismo sentido, son requeridos programas de promoción de relaciones saludables y prevención del maltrato infantil. Por ejemplo, en Chile se ha desarrollado el proyecto “Sembrando el Buen Trato entre Grandes y Chicos” (Preescolares) o el “Programa de Habilidades para la Vida del primer Ciclo Básico”, o la participación en la “Red Comunal de No Violencia”, con la intervención de personas convencidas de la solución del maltrato infantil o violencia intrafamiliar, para lo cual se deben generar intervenciones sinérgicas, acciones orientadas a la prevención y promoción de salud mental, convirtiendo a los beneficiarios en agentes de cambio cultural en los microsistemas: familia, amigos, escuela, trabajo, etc. (Greve, 2001).

Según Greve (2001), en 1992, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) realiza un estudio, el cual revela que en uno de cada cuatro hogares de la Región Metropolitana de Chile la mujer es golpeada físicamente por su pareja; una de cada cuatro es agredida psicológicamente. El 40% de los hogares no experimenta violencia entre la pareja. El tipo de conducta violenta de mayor frecuencia es la “violencia psicológica” (33,9%). Las conductas de “violencia física” se dan con mayor frecuencia, definidas las “menos graves” (41% dentro de la violencia física y 15,2%

del total de violencia). Las agresiones psicológicas más frecuentes son “gritarle” y “guardar silencios prolongados”.

De las agresiones físicas, las más frecuentes: “empujar” o “zamarrear” y “pegar una cachetada”. Por último, de las conductas de violencia física grave, las de mayor frecuencia: las “golpizas” y “las relaciones sexuales a la fuerza” (Larraín, 1992, en Greve, 2001).

En Santiago de Chile, otro estudio deja la evidencia de que se cometen 20.000 agresiones sexuales al año, son denunciadas solamente 4.000, cuyas víctimas son mayoritariamente mujeres menores, de 5 a 15 años de edad; sobre el agresor, el 70% es un familiar cercano o conocido (Universidad Católica de Chile, 1993, citado por Greve, 2001).

El estudio se realizó en el Hospital José Agurto Tello, Chosica, el año 2014, en cuya institución de salud se percibe una deficiente salud laboral, como consecuencia de la violencia intrafamiliar experimentada en sus empleados y trabajadores del establecimiento de salud, adscrito al Ministerio de Salud (MINSA). La violencia intrafamiliar se manifiesta a en sus dimensiones: física, verbal, psicológica, sexual y económica.

Antecedentes de la investigación

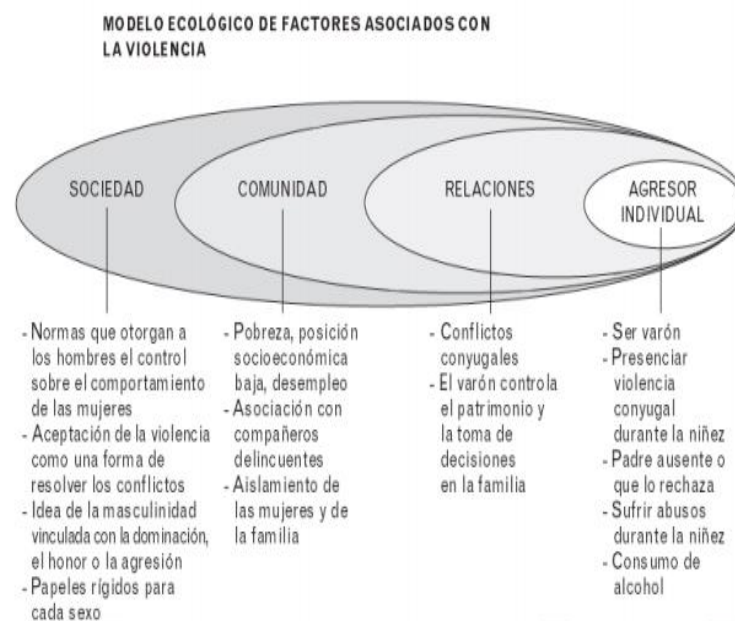
Antecedentes internacionales

Vargas Vásquez (1914) estudia la violencia intrafamiliar en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, con el objetivo general de analizar las experiencias de violencia intrafamiliar en la vida de las y los jóvenes estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; además dicho estudio se realizó en el marco de cinco objetivos específicos: Describir la estructura y dinámica familiar relatada por las y los estudiantes de la UNC que han vivido experiencias de

violencia intrafamiliar. Analizar las diferencias en las experiencias de Violencia intrafamiliar según edad, sexo y nivel socioeconómico. Describir las consecuencias percibidas por los y las estudiantes frente a la experiencia de la violencia intrafamiliar. Identificar, describir y comprender las reacciones y respuestas de los y las participantes frente a la experiencia de VIF vivida. Identificar y comprender las vivencias de las y los estudiantes frente a la violencia intrafamiliar desde su propia voz.

Por otro lado, estudio responde a un diseño metodológico constituido por una investigación cualitativa, trabajada desde la mira parcial de las agredidas y agresores en el ámbito familiar, escuchando así su voz, su opinión y su vivencia o experiencias sobre el maltrato, el abuso y la negligencia, con el propósito de formular políticas, planes y programas comprometidos con la prevención y cuidado de la salud pública. Se ha trabajado el modelo ecológico.

Figura 2-1 El Modelo explicativo ecológico / el sistémico del maltrato infantil.



Fuente: Heise, L., Ellsberg, M., y Gottemoeller, M. (1999)

¿Qué significa este modelo, qué enseña, qué propone? Al respecto, Vargas

Vásquez (20014, p. 51), afirma:

El modelo permite identificar los elementos, situaciones e interacciones que pueden presentarse en cada uno de los niveles o subsistemas (ontogenético, microsistémico, exosistémico y macrosistémico) que llevan a la presencia de violencia intrafamiliar, que pueden ser contrarrestadas con la presencia de factores protectores y de recursos que se hallen en el mismo sistema.

La perspectiva ecológica admite una comprensión conceptual basada en la interacción y la interdependencia de las conductas personales, las características y el funcionamiento familiar y social. Evita dar explicaciones causa- efecto determinista, se centra más en la relación y en los contextos donde se presenta la violencia. Este modelo ecológico permite ser abordado por múltiples disciplinas y es una guía teórica que permite tanto la evaluación, como la intervención e investigación de la violencia hacia las NNA.

“La violencia intrafamiliar es una tipo de violencia interpersonal que se presenta entre personas conocidas, con las que se convive y se intercambian afectos, sueños, planes y un espacio físico. Según sea la persona afectada, la violencia intrafamiliar se clasifica en: violencia de pareja, violencia hacia los ancianos, maltrato infantil y violencia hacia otros miembros de la familia” (Vargas Vásquez, p. 31).

Vargas Vásquez (pp. 117, 118) suscribe las conclusiones, entre otras:

La mayoría de sus padres/madres fueron maltratados físicamente en forma muy violenta, presentándose transmisión intergeneracional, sin embargo, comienzan a gestarse pequeñas transformaciones en relación a la intensidad del maltrato y a la frecuencia recibida por la última generación, las acciones violentas fueron más moderadas y menos frecuentes. Queda por indagar cuales son los razones que han permitido que se comience a generar ese cambio. Las razones que lo expliquen pueden ser múltiples: mejora en el nivel educativo de los padres, disminución en el número de hijos, mayor apoyo social, menor tolerancia al castigo físico, menor tolerancia social al maltrato. La hipótesis que planteó y que quedaría por verificar es: H1: La aplicación de la normatividad nacional e internacional vigente de protección a la infancia disminuye el maltrato infantil.

Las y los jóvenes partícipes de esta investigación fueron víctimas de numerosas experiencias adversas en su infancia, tanto extra como intrafamiliares. La anterior situación dificulta comprender la VIF en forma aislada e independiente, dada las múltiples interrelaciones y co- relaciones existentes entre todas y cada una de las violencias. Hacerlo en forma separada es desaprovechar una valiosa información que nos permita comprender de manera holística la situación, se fragmentaría la realidad, perdiéndose de vista los finos hilos que se entretajan alrededor del fenómeno de violencia. Es necesario

integrar y aunar esfuerzos que nos lleven a mejorar su comprensión e intervención. La hipótesis que dejó planteada aquí es: H2. La disminución de la violencia intrafamiliar disminuye la violencia juvenil.

Los hallazgos encontrados permiten ampliar la comprensión del problema del maltrato en la infancia, más allá de los datos estadísticos. Aparecen narraciones muy concretas que permiten identificar la persistencia del modelo patriarcal como un factor desencadenante del maltrato, unido a éste se encuentra el consumo de alcohol, la aceptación de las madres del rol estereotipado de ser mujeres y madres, sin muchas transformaciones en su pensamiento, que hacen que reciban el maltrato infligido por sus esposos de una manera pasiva y transmitiéndoles a sus hijas/os unos patrones culturales y unas creencias firmemente arraigadas de lo que se espera de ser hombre o mujer. Hipótesis 3. La aceptación del modelo patriarcal en los funcionarios encargados de la protección de la infancia incrementa el maltrato infantil.

Los testimonios evidencian la heterogeneidad de respuestas dadas frente al maltrato, abuso y negligencia recibida. Se encuentra que ningún factor o elemento aislado genera de manera uniforme y consistente el mismo efecto en los diferentes seres humanos; así se pertenezca a la misma familia, generación, comunidad, nivel educativo, género, edad u oficio y las circunstancias (tiempo, lugar y persona) sean similares, hay gran variabilidad en las respuestas de enfrentamiento que se presentan, cada persona lo interpreta, lo asume y responde de manera única. No hay patrones o modelos únicos, no hay respuestas 100 % predecibles que permitan afirmar que existe una sola manera de intervenir en todos los casos frente al mismo fenómeno problemático, los comportamientos violentos recibidos en la infancia. Hipótesis 4. El mejoramiento de las condiciones socioeconómicas de los empleados públicos disminuirá la violencia intrafamiliar.

Las múltiples experiencias adversas vividas podrían ser factores predictores para algunos o muchos de los efectos negativos referidos en la literatura, desde problemas físicos y psicológicos hasta problemas de relación y del comportamiento social. En el momento de las entrevistas, hay presencia de algunas dificultades y malestares “menores”, pero, no se puede predecir cuál será la evolución de esos efectos negativos a mediano y largo plazo en las vidas de las/los jóvenes, ya que se desconocen las situaciones a las que son más vulnerables y cuáles son los recursos disponibles que puedan contrarrestarlas. Hipótesis 5. Todas las personas que reciben maltrato físico grave en la infancia van a presentar alteraciones mentales en la adultez.

Méndez-Hernández, Valdez-Santiago, Viniegra-Velázquez, Rivera-Rivera y Salmerón-Castro (2003) realizan el estudio con el objetivo de evaluar la actitud afectiva, cognoscitiva y conductual del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos, México, hacia la identificación y canalización de mujeres maltratadas que acuden a consulta médica; además identificar las barreras institucionales y de la práctica médica que dificultan el manejo dentro de los servicios de salud de las mujeres maltratadas.

El estudio se realizó de septiembre a diciembre de 1999, fue un estudio transversal mediante un cuestionario de autoaplicación, se proporcionó a 269 médicos y médicas generales, especialistas y estudiantes de pre y posgrado que laboran en 30 unidades de salud, de primer y segundo nivel de atención, del Instituto Mexicano del Seguro Social del estado de Morelos. El instrumento fue diseñado para evaluar el nivel de conocimiento sobre violencia doméstica y la actitud del personal médico hacia la atención, en la consulta, de mujeres maltratadas. Se construyó un índice de conocimiento, además de un análisis multivariado de los datos.

Según el estudio, el 90% de los entrevistados nunca ha recibido capacitación en violencia contra la mujer. La actitud afectiva y cognoscitiva del personal médico que recibió capacitación sobre el tema fue más favorable hacia la identificación y atención de mujeres maltratadas, quienes llegaron a consulta médica, en comparación con los que no la recibieron.

Sobre el nivel de conocimiento acerca del tema, el 21% de los entrevistados mostró un nivel bajo, 63% medio y 16% alto. En el personal médico, con nivel de conocimiento medio y alto, se observó 2.1 y 6 veces –respectivamente– una actitud afectiva más favorable respecto a la identificación y canalización de casos de mujeres maltratadas en comparación con el personal con nivel de conocimiento bajo. Las médicas mostraron 2.3 veces mejor actitud para identificar y canalizar mujeres maltratadas. El personal médico con interés en capacitarse en el tema mostró 7.6 veces mejor actitud que el personal no interesado.

Las conclusiones fueron. El personal médico evaluado mostró habilidades insuficientes para identificar y manejar adecuadamente los casos de mujeres maltratadas que atienden en su consulta. Este estudio evidencia la necesidad de capacitar y sensibilizar al personal médico sobre la materia; se recomienda empezar con los médicos generales y familiares, quienes demostraron estar más dispuestos a

capacitarse, en comparación con los de especialidades clínicas e incorporar esta capacitación en los planes de estudio de medicina, enfermería, trabajo social, psicología y áreas afines a la salud pública.

Soto Romero (2013) realiza el estudio, cuyo objetivo general es determinar la eficacia y aplicabilidad de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia, con el propósito de sentar unas bases que aseguren y perfeccionen su ejecución. Este objetivo se complementa con los específicos: Analizar los fundamentos teóricos vinculados con la discriminación de género en la República Bolivariana de Venezuela. Analizar la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres de Venezuela a una vida libre de violencia. Identificar los indicadores de la eficacia y aplicabilidad de la ley en lo social, cultural, jurídico y socioeconómico. Indagar acerca del conocimiento que tiene la ciudadanía venezolana de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia, y de su aplicación. Indagar acerca de la opinión que tiene la ciudadanía venezolana de la aplicabilidad y eficacia de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia. Diseñar la propuesta de una base teórica que contribuya al perfeccionamiento y viabilidad de la ejecución de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia.

Metodológicamente, esta investigación se enmarca en el enfoque cualitativo, de tipo documental y exploratorio, sin obviar lo cuantitativo, para completar el análisis de los resultados que se obtengan tanto de la revisión documental como de la aplicación del instrumento de recolección de información, como es la efectividad y aplicabilidad de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia, para luego hacer una propuesta que involucre el seguimiento y la evaluación de la aplicación de este instrumento legal, que contribuya a su perfeccionamiento.

Esta investigación es cualitativa porque incluye la aplicación de una serie de procedimientos metodológicos que utilizan el análisis de textos y documentos legales, extractos de documentos y citas directas tomadas de entrevista realizadas a personas involucradas en el tema objeto de estudio, para llegar a comprender, según la opinión de Mejía, la realidad social por medio del significado y desde una perspectiva holística, ya que el problema objeto de estudio debe considerarse como un todo. Este análisis se realiza con el propósito de construir un conocimiento de la realidad social; en este caso, sobre la eficiencia y aplicabilidad de la Ley Orgánica previamente citada.

En el estudio de Soto (2013, pp. 347-350), se consideran las siguientes 17 conclusiones, de las cuales solamente presentamos las relacionadas con la presente investigación:

- a) Mediante el análisis de los fundamentos teóricos vinculados con la discriminación de género en la República Bolivariana de Venezuela, se pudo determinar que existe la preocupación por el problema de la violencia contra la mujer en el ámbito académico, según las investigaciones realizadas, los artículos y libros publicados.
- b) Sobre el conocimiento de la ciudadanía venezolana de la Ley Orgánica referida al derecho de las mujeres en Venezuela a una vida libre de violencia y de su aplicación, se ha podido determinar que un porcentaje muy alto las mujeres pertenecientes a la muestra (80%) manifiesta no haberla leído y sólo saben acerca de ésta por referencias orales; mientras que este desconocimiento alcanza en el grupo masculino el porcentaje, alto también, de 60%. Estas cifras indican que se hace necesaria una campaña de información institucional, mediante la cual se dé a conocer esta ley, sus beneficios, los derechos que

protege, las instancias a dónde acudir en caso de necesitar la solicitud de su aplicación, y las acciones preventivas que se puedan tomar.

- c) Se evidencia en los hombres una preocupación acerca del peligro de que se les vulneren sus derechos, tales como la presunción de inocencia, el derecho a la defensa y la igualdad durante el proceso, en vista de que esta es una ley exclusiva para la defensa de las mujeres.
- d) Se han detectado fallas significativas en la difusión masiva de manera permanente de la Ley, también en la carencia de reglamento y/o protocolo de aplicación con sus respectivos talleres de inducción. Tampoco se conoce un Plan Nacional sobre el tema, que incluya su evaluación y seguimiento.
- e) Existen grandes dificultades para el enjuiciamiento y penalización de los autores de violencia contra mujeres, por insuficiencias de los Tribunales de Violencia Contra la Mujer: diferimientos injustificados de audiencias, carencia de instituciones o programas para la reeducación de los hombres maltratadores y ausencia de sitios de reclusión.
- f) El acceso a la asistencia de apoyo, consulta y asesoramiento es insuficiente para las mujeres de todas las regiones del país. Las citas para apoyo y asesoría, tanto legal como psicológica, son retardadas, tanto de entes gubernamentales como de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).
- g) La carencia de recursos financieros y de voluntad política en el área gubernamental para diseñar y aplicar planes concertados con ONG para la capacitación masiva y sostenida en esta materia es evidente.

El estudio de Vargas (2014) responde a los objetivos. Objetivo general: Analizar las experiencias de violencia intrafamiliar en la vida de las y los jóvenes estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá; para mejorar la comprensión de este fenómeno. Objetivos específicos: Describir la estructura y dinámica familiar relatada por las y los estudiantes de la UNC que han vivido experiencias de violencia intrafamiliar. Analizar las diferencias en las experiencias de Violencia intrafamiliar según edad, sexo y nivel socioeconómico. Describir las consecuencias percibidas por los y las estudiantes frente a la experiencia de la violencia intrafamiliar. Identificar, describir y comprender las reacciones y respuestas de los y las participantes frente a la experiencia de VIF vivida. Identificar y comprender las vivencias de las y los estudiantes frente a la violencia intrafamiliar desde su propia voz.

Mateus (2009) realiza un estudio sobre el fuerte impacto de las diferentes formas de violencia ejercidas en el contexto de la familia sobre el bienestar de la población de la localidad de Suba, también sobre la incorporación de esta problemática en las agendas de gobierno distrital y local: objeto de política, con el propósito de describir y analizar el proceso de implementación de las intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar, durante el periodo 2004-2008 en este sector de la ciudad de Bogotá, cuyo propósito fue detectar los aciertos, los obstáculos y las nuevas oportunidades en su gestión.

El estudio responde a un enfoque metodológico cualitativo, se examina la dinámica que caracteriza la fase de implementación de los programas y proyectos desarrollados por organizaciones sociales y entidades gubernamentales en la localidad, cuyas funciones, desde el enfoque de la gerencia social, se designan a dicha fase: la gestión de operaciones, el control de gestión y la coordinación interinstitucional. Pues se realizaron entrevistas semiestructuradas, aplicadas a los

funcionarios responsables del nivel operativo, se detectaron importantes problemas de gestión relacionados con la escasa disposición de personal, la reducida cobertura de las acciones, la duración insuficiente en la prestación de los servicios y la ausencia de control sobre las variables de desempeño; situaciones que obstaculizan la consecución de los resultados esperados y la generación de valor público, limitando la posibilidad de dar respuestas eficaces a las aspiraciones colectivas referentes a la prevención de la violencia intrafamiliar.

Martín García, Luceño Moreno, Jaén Díaz y Rubio Valdehita (2007), realizan el estudio con el objetivo de investigar la relación entre la salud de los trabajadores, definida a través de las variables: satisfacción laboral, percepción de estrés, fatiga, baja médica, accidentes y enfermedad; y los factores psicosociales, evaluados a través del Cuestionario Multidimensional DECORE (Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional).

El estudio ha sido enmarcado en el contexto de dos hipótesis. 1ª Hipótesis: Los trabajadores más estresados, menos satisfechos y más fatigados percibirán los factores psicosociales evaluados en DECORE de forma más adversa, en comparación con aquellos trabajadores menos estresados, menos fatigados y más satisfechos. 2ª Hipótesis: Los trabajadores que han tenido una baja médica en los últimos cinco años o han sufrido un accidente de trabajo o están enfermos, tienen una percepción más negativa de los factores psicosociales en comparación con los trabajadores que no han sufrido un accidente ni una baja médica o no tienen una enfermedad.

La metodología empleada en el estudio comprende los participantes o muestra. La muestra estuvo conformada por 614 trabajadores ubicados en distintos sectores de actividad; el sector educativo fue el más numeroso (16,4%), seguido de los sectores: administración y banca (13,4%), correos y telégrafos (10,7%), sanidad (10,1%) y defensa (9%). Del total, 283 eran hombres y 327 mujeres (4 trabajadores no

contestaron a esta pregunta), cuyas edades quedaron comprendidas entre los 19 y los 63 años ($M= 38,00$ y $Sx= 10,14$). Además el mayor porcentaje de sujetos se ubica en el grupo con estudios universitarios (60,4%), un porcentaje muy bajo de trabajadores dice no tener estudios (0,5%). El 10,3% tiene estudios primarios, y el 28,4% ha terminado la enseñanza secundaria. Los datos fueron recogidos mediante una encuesta.

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor estrés para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Estrés	n	Media	F (1, 489)
Apoyo organizacional	Bajos	329	236,36	18,597**
	Altos	162	261,40	
	Total	491	244,62	
Recompensas	Bajos	329	346,35	20,418**
	Altos	162	377,81	
	Total	491	356,73	
Control	Bajos	329	227,21	35,576**
	Altos	162	268,55	
	Total	491	240,85	
Demandas cognitivas	Bajos	329	289,67	69,697**
	Altos	162	342,19	
	Total	491	307,00	
GLOBAL	Bajos	329	274,90	91,469**
	Altos	162	312,49	
	Total	491	287,30	

Nota: ** $p<.01$; * $p<.05$

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor satisfacción para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Satisfacción	n	Media	F (1, 530)
Apoyo organizacional	Bajos	130	286,84	81,610**
	Altos	402	233,55	
	Total	532	246,57	
Recompensas	Bajos	130	388,42	35,708**
	Altos	402	344,81	
	Total	532	355,47	
Control	Bajos	130	273,01	31,011**
	Altos	402	232,06	
	Total	532	242,07	
Demandas cognitivas	Bajos	130	300,94	2,791
	Altos	402	312,58	
	Total	532	309,73	
Global	Bajos	130	312,30	56,810**
	Altos	402	280,75	
	Total	532	288,46	

Nota: ** p<.01; * p<.05

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor baja médica para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Baja médica	n	Media	F (1, 604)
Apoyo organizacional	No	453	245,90	3,372
	Sí	153	256,48	
	Total	606	248,57	
Recompensas	No	453	360,06	1,139
	Sí	153	352,68	
	Total	606	358,20	
Control	No	453	240,72	2,720
	Sí	153	252,16	
	Total	606	243,61	
Demandas cognitivas	No	453	310,55	3,926*
	Sí	153	297,79	
	Total	606	307,32	
Global	No	453	289,31	,013
	Sí	153	289,78	
	Total	606	289,42	

Nota: ** p<.01; * p<.05

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor enfermedad para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Enfermedad	n	Media	F (1, 512)
Apoyo organizacional	No	347	244,69	7,510**
	Sí	167	260,64	
	Total	514	249,87	
Recompensas	No	347	351,95	2,217
	Sí	167	362,11	
	Total	514	355,25	
Control	No	347	242,40	,135
	Sí	167	239,82	
	Total	514	241,56	
Demandas cognitivas	No	347	305,87	,758
	Sí	167	311,56	
	Total	514	307,72	
Global	No	347	286,23	3,167
	Sí	167	293,53	
	Total	514	288,60	

Nota: ** p<.01; * p<.05

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor fatiga para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Fatiga	n	Media	F (1, 595)
Apoyo organizacional	No	362	240,12	18,453**
	Sí	235	261,91	
	Total	597	248,70	
Recompensas	No	362	348,54	17,212**
	Sí	235	374,01	
	Total	597	358,56	
Control	No	362	230,04	27,870**
	Sí	235	261,96	
	Total	597	242,60	
Demandas cognitivas	No	362	297,83	18,739**
	Sí	235	322,57	
	Total	597	307,57	
Global	No	362	279,13	55,084**
	Sí	235	305,11	
	Total	597	289,36	

Nota: ** p<.01; * p<.05

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Los resultados relacionados con el análisis de varianza del factor accidente para las dimensiones psicosociales: apoyo organizacional, recompensas, control, demandas cognitivas.

	Accidente	n	Media	F (1, 569)
Apoyo organizacional	No	515	246,12	6,709**
	Sí	56	268,56	
	Total	571	248,32	
Recompensas	No	515	357,71	1,437
	Sí	56	370,21	
	Total	571	358,93	
Control	No	515	238,90	17,668**
	Sí	56	282,58	
	Total	571	243,18	
Demandas cognitivas	No	515	305,66	3,491
	Sí	56	323,88	
	Total	571	307,45	
Global	No	515	287,10	15,523**
	Sí	56	311,31	
	Total	571	289,47	

Nota: ** p<.01; * p<.05

Fuente: Martín García y otros (2007, p. 98)

Martín García, Luceño Moreno, Jaén Díaz y Rubio Valdehita (2007, p. 100), presentan las siguientes conclusiones:

– Los trabajadores estresados tienen una percepción más adversa de todos los factores psicosociales considerados, en comparación con los empleados no estresados. Es decir, perciben menor apoyo organizacional, menores recompensas, menor control sobre su trabajo y mayores demandas cognitivas.

– Los trabajadores satisfechos tienen puntuaciones significativamente más bajas en los riesgos psicosociales: apoyo organizacional, recompensas y control, es decir, los empleados satisfechos perciben más apoyo organizacional, mejores recompensas y más control sobre su trabajo. Con respecto a la percepción de las demandas cognitivas, aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, éste resultó ser el factor más importante a la hora de clasificar a los trabajadores como satisfechos o insatisfechos.

– Los empleados que han sufrido una baja médica en los últimos cinco años perciben menos apoyo organizacional, menos control sobre su trabajo, mejores recompensas y menos demandas cognitivas en comparación con los trabajadores que no han sufrido una baja médica, si bien estas diferencias sólo resultaron estadísticamente significativas para las demandas cognitivas.

– Los trabajadores enfermos perciben menos apoyo organizacional, peores recompensas, más demandas cognitivas y un mayor control sobre la tarea en

comparación con los trabajadores no enfermos; aunque estas diferencias son sólo estadísticamente significativas en el caso del apoyo organizacional.

– Los trabajadores fatigados tienen mayores puntuaciones en todos los factores psicosociales. Así, estos empleados perciben menos apoyo organizacional, peores recompensas, menos control y más demandas cognitivas, en comparación con los trabajadores no fatigados.

– Aquellos empleados que han sufrido un accidente laboral tienen una percepción más adversa sobre los riesgos psicosociales evaluados en DECORE, aunque estas diferencias sólo son estadísticamente significativas para los factores Apoyo organizacional y Control. Por tanto, los trabajadores que han sufrido un accidente perciben menor apoyo social por parte de compañeros y superiores y escaso control sobre su trabajo en comparación con los trabajadores que no han sufrido ningún accidente laboral.

– Si tenemos en cuenta los factores psicosociales de forma global, son los trabajadores estresados, no satisfechos, fatigados, enfermos, los que han sufrido una baja médica o un accidente laboral los que tienen (en general) una percepción más adversa sobre los riesgos psicosociales; sin embargo, estas diferencias no son estadísticamente significativas para los trabajadores que han sufrido una baja médica en los últimos cinco años o padecen cualquier enfermedad diagnosticada por un médico.

Juárez García (2004) realiza el estudio sobre los factores psicosociales y la salud mental, con el objetivo general de determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre distintos factores psicosociales y la salud mental en profesionales de servicios humanos, cuyos objetivos específicos fueron:

Determinar si existen diferencias en las puntuaciones del cuestionario de salud mental según sexo, institución o actividad laboral de los participantes. Determinar si existen relaciones significativas entre la edad, la antigüedad laboral y los indicadores de salud mental. Identificar relaciones estadísticas significativas entre los factores psicosociales siguientes: demandas psicológicas, latitud de decisión laboral, apoyo social en el trabajo, inseguridad laboral, control emocional y autoeficacia con los indicadores de salud mental. Identificar el mejor predictor psicosocial (variable con mayor asociación estadística) de los indicadores de salud mental.

En cuanto al tipo de estudio, se trata de un estudio observacional no-experimental, transeccional, descriptivo y correlacional. Participaron 179

profesionales que laboran en distintas organizaciones de servicio humano (Hospital, Centro de Readaptación Social y Centro de Atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual), de las áreas de Enfermería, Psicología, Medicina, Trabajo Social, Educación y Vigilancia.

Los participantes, de manera voluntaria, respondieron a una invitación a incluirse en la investigación. La selección fue por conveniencia, no se realizó muestreo probabilístico.

Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Contenido del Trabajo (JCQ por sus siglas en inglés) de Karasek (Karasek et al 1998), para atender las variables de demandas psicológicas, latitud de decisión, apoyo social laboral e inseguridad laboral. Fue validado en México previamente. El Cuestionario de Control Personal (Juárez 2004a), para tratar las variables de control emocional y autoeficacia. El Cuestionario General de Salud Mental (GHQ), para trabajar las variables de síntomas somáticos, disfunción social, depresión y problemas de sueño, en su versión de 28 reactivos fue validado en México por Medina Mora y Cols (Medina et al 1983).

Entre otros, los resultados del estudio, en relación con la posible influencia de las variables sociodemográficas en los puntajes de salud mental, motivo del primer objetivo, mostraron que no existen diferencias según la institución donde se labora, la ocupación o el sexo. No hubo asociaciones significativas entre la edad, la antigüedad y los puntajes totales en el cuestionario de salud mental general.

Además en el análisis de la posible correlación entre los factores psicosociales evaluados y la salud mental, estuvieron relacionados de forma significativa solamente las variables de inseguridad laboral ($r = -.338$), la Autoeficacia ($r = -.152$) y el Control Emocional ($r = -.261$). Dichas variables se encuentran relacionadas significativamente entre ellas.

Antecedentes nacionales

Se presentan antecedentes relacionados de alguna manera con la temática de investigación abordada en la presente tesis.

En relación con la violencia económica contra el infantil y el adolescente, Rondón (2006) realiza un estudio con el objetivo principal de establecer si la legislación peruana regula de una manera adecuada sobre el trabajo infantil y del adolescente. En su marco teórico desarrollado logra una concepción más clara sobre el trabajo infantil, el trabajo adolescente, sus tipos, causas, consecuencias; subrayando además los organismos e instituciones involucrados, enfocando otras legislaciones de países: Brasil, Colombia, Chile, Ecuador y los instrumentos internacionales reguladores de dicha temática, resalta, entre los más importantes, el Convenio 138 de la OIT: Convenio sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo, y el Convenio 182 de la OIT: Convenio sobre la Prohibición de las Peores Formas de Trabajo Infantil y la Acción Inmediata para su Eliminación.

Los estadísticos presentados revelan la realidad de los niños y adolescentes trabajadores en el Perú, en las áreas: urbana y rural, inclusive se revelan las principales ocupaciones en las cuales son involucrados. El estudio responde a la hipótesis: “Si bien la legislación peruana regula el trabajo adolescente, a través del Código de los Niños y Adolescentes, dicha regulación es deficiente, no asumiendo la serie de compromisos y acuerdos internacionales para la erradicación del trabajo infantil y del adolescente”, cuya hipótesis comprobada.

En el estudio se explica las razones y se exhorta a la modificación de algunos artículos del Código de los Niños y Adolescentes, defendiendo la dignidad de los niños y adolescentes, cuyo trabajo es desarrollado en condiciones inadecuadas, quedando expuestos a menoscabo en su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social y de esa manera lograr una erradicación progresiva contra aquellos trabajos en

sus peores formas: extracción artesanal de oro, piedra pómez, recolección y selección de basura, prostitución, entre otros.

En este mismo contexto, Zuazo-Olaya (2013) realiza el estudio para responder al problema de investigación: ¿Cuáles son las principales causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta en las alumnas de segundo año de la Institución Educativa “Nuestra Señora de Fátima” de Piura? Además el estudio queda conectado a los objetivos (general): Identificar las principales causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta en las alumnas de segundo año de la Institución Educativa “Nuestra Señora de Fátima”, Piura. El estudio responde a los objetivos específicos: Detectar los factores que causan la desintegración familiar en los hogares de las alumnas de segundo año. Determinar el grado de influencia que la desintegración familiar ejerce sobre el rendimiento escolar de las alumnas. Analizar la conducta de las alumnas de las alumnas con problema de desintegración.

Zuazo-Olaya (2013, pp. 88 y 89), en este estudio, llega a las siguientes conclusiones:

- a) Las principales causas de la desintegración familiar encontradas en la investigación son: irresponsabilidad paterna e infidelidad, dadas éstas en su mayoría por parte del padre, dejando de cumplir con sus obligaciones y responsabilidades.
- b) La desintegración familiar afecta el rendimiento académico de las alumnas, no se puede atribuir el bajo rendimiento académico de las estudiantes durante el periodo de la investigación solamente a ésta, también puede estar influido por otros factores internos y externos.

- c) La desintegración familiar ejerce influencia sobre el rendimiento escolar de las alumnas, pero puede ser disminuida a través de la influencia afectiva de la comunidad educativa: ayuda psicológica, orientación tutorial, educación personalizada, entre otros.
- d) La desintegración familiar ejerce una leve influencia en la conducta de las alumnas, pero no la modifica ni afecta totalmente. La mayoría de ellas no presenta dificultad en sus relaciones sociales, ni en la manifestación de sus sentimientos y emociones.

Blitchtein-Winicki y Reyes-Solari (2012), para sustentar su estudio, diseña el objetivo: identificar los factores asociados de violencia física reciente (en el último año) de pareja, hacia la mujer en el Perú. Respecto de los materiales y métodos utilizados, en el estudio se realizó un análisis secundario de la encuesta demográfica y de salud familiar (ENDES) 2004-2007. Además en el estudio se incluyó a 12 257 mujeres unidas o casadas, ellas respondieron el módulo de violencia, se realizó la categorización de antecedente de violencia física infringida por la pareja. Se llevaron a cabo análisis descriptivos y regresiones logísticas univariadas y multivariadas para muestras complejas. Los resultados del estudio fueron. La prevalencia de violencia física a nivel nacional fue de 14,5%, con variación entre regiones geográficas (9,7 a 18,9%). El factor asociado con un mayor riesgo es la embriaguez de la pareja con frecuencia (OR: 7,2; IC 95%: 5,4-9,6) y la pareja controle o limite las visitas de la mujer a familiares o amigos (OR: 4,1; IC 95%: 3,3-5,0); entre otros factores asociados, se encuentran el antecedente de agresión física del padre hacia la madre, el haber tenido uniones previas de pareja, ser conviviente, tener mayor nivel de educación que la pareja o el desbalance en la toma de decisiones en la pareja.

Entre los factores asociados con un menor riesgo, se consideran la comunicación y respeto dentro de la pareja (OR: 0,3; IC 95%: 0,2-0,3) y la mujer tenga algún tipo de seguro de salud.

En el estudio llegan a las conclusiones. Los diversos factores individuales, de relaciones de pareja u otros factores, están asociadas con una mayor probabilidad de violencia de pareja contra la mujer. Otros factores, como la comunicación y el respeto en la pareja, podrían tener carácter protector.

Giraldo, Manrique y Torres (2007) respaldan su estudio mediante el objetivo: describir el maltrato familiar en las adolescentes del 3er, 4to y 5to año de secundaria del Colegio Nacional “Clorinda Matto de Turner”, cuyo diseño metodológico fue de tipo descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 459 alumnas, elegidas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión, a quienes se aplicó un cuestionario elaborado por los autores: Opción, y Policía Nacional del Perú, ECAEPOL del libro: “Violencia familiar, evolución, antecedentes y consumo de drogas”.

Los resultados fueron analizados según el cálculo porcentual, mostrando que la familia de las adolescentes se caracterizan según el factor económico: el 62.75% de los padres cuenta con trabajo independiente, reporta un ingreso mínimo, el 71.89% satisface solo necesidades de alimentación y educación, así mismo los problemas económicos en el hogar se da con 58.61% por falta de dinero para la comida y el 24.17% presenta padres con desempleo.

En el factor social, el 60.57% presenta enfermedad y son de tipo emocional y psicológico (estrés, crisis de ansiedad, depresión, etc.). El 64.05% de adolescentes presenta maltrato físico con el empleo de las manos (golpes) por partes de los padres y el 74.74% con maltrato psico emocional siendo agredidas verbalmente con insultos.

Espinal Caro (2014) realiza el estudio con el objetivo de identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” ESSALUD – HUANCAYO, 2013, sus objetivos específicos fueron: identificar la relación existente entre enfermedades psicosomáticas e interacción familiar de los pacientes del hospital; identificar la relación existente entre enfermedades psicosomáticas y comunicación familiar de los pacientes del hospital; identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y los roles familiares de los pacientes; identificar la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y el ciclo vital familiar de los pacientes.

El presente trabajo es una investigación considerada dentro del enfoque cuantitativo, no experimental, porque pudo observar los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural, sin intentar manipular intencionalmente alguna variable. Es una investigación de tipo correlacional, se ha medido y descrito la relación existente entre las enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar. Y transaccional, se recolectó información aplicando el instrumento en un momento único.

Entre otros resultados, se aprecia en la tabla 10 que el 64.2% de los pacientes que tuvo algún acontecimiento de vida muy importante no sufre alguna enfermedad psicosomática y el 35.8% si sufre alguna enfermedad de este tipo. De manera similar, el 32.8% de los pacientes que no le ocurrió algún acontecimiento muy importante, sufre alguna enfermedad psicosomática.

Se observa en la tabla 12 que la mayoría de los pacientes entre las edades de 20 y 39 años presenta una dinámica familiar moderada (53.8%). Además se aprecia que existe un 25% de varones que tienen una dinámica familiar disfuncional, de manera similar ocurre en las mujeres (29.5%). También se puede observar un número

importante de pacientes solteros (49.3%), casados (41.9%), convivientes (41.9%) y viudos (46.7%) tiene un nivel moderado en su dinámica familiar. Con respecto al nivel académico se aprecia que el 40% de personas con estudios primarios tiene una dinámica familiar funcional.

Finalmente, se llega a las siguientes conclusiones. El 57.3% de los pacientes encuestados del Hospital Nacional “Ramiro Priale Priale” ESSALUD- HUANCAYO, Junín, Perú, con una dinámica familiar disfuncional padece enfermedades psicosomáticas, y el 64.4% de los pacientes encuestados con una dinámica familiar funcional no sufre estas enfermedades, existe relación inversa y significativa entre el padecimiento de enfermedades psicosomáticas y la dinámica familiar en los pacientes del mencionado hospital.

Sobre la interacción familiar, el 55% de los pacientes presenta una cohesión familiar baja padece enfermedades psicosomáticas, y el 78.3% de los pacientes encuestados con una cohesión familiar alta no sufre estas enfermedades, existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas e interacción familiar en los pacientes del hospital. El 55.8% de los pacientes quienes no se comunican adecuadamente padece enfermedades psicosomáticas, y el 73.0% de los pacientes con una comunicación clara y directa no sufre estas enfermedades, existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y estilos de comunicación familiar en los pacientes. El 59.2% de los pacientes quienes no tienen reglas y roles familiares padecen enfermedades psicosomáticas, y el 76.0% de los pacientes que cuentan con reglas y roles familiares claros no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y reglas y roles familiares en los pacientes. El 54.4% de los pacientes encuestados que no se adaptan al ciclo vital de la familia sufre estas enfermedades, y el 74.1% de los pacientes encuestados que si se adaptan a los cambios que implica

cada etapa del ciclo vital familiar no sufre estas enfermedades, concluyendo que existe relación inversa y significativa entre enfermedades psicosomáticas y ciclo vital familiar en los pacientes.

Fernández Puig (2014) realizan un estudio sobre la salud laboral docente, en el marco de dos objetivos: Crear y validar un Cuestionario de Salud Docente (CSD) para su uso en la vigilancia de la salud de los docentes. Analizar el estado de salud de los docentes de las escuelas concertadas de Cataluña mediante la aplicación del Cuestionario de Salud Docente.

Respecto del método utilizado, se contempla el diseño transversal, con un solo grupo y ex post-facto. La muestra estuvo compuesta por 6208 docentes de 197 centros educativos concertados de Cataluña, de los cuales el 77% eran mujeres y el 23% hombres. La media de edad es 41,2 años (DT= 10.3 años), la edad mínima 21 años y la máxima de 66 años.

Los factores con mejores resultados son satisfacción y autoeficacia, afirmar que una gran mayoría de docentes manifiestan bienestar y competencia en la profesión docente. A continuación cada uno de los factores, primero los que afectan la salud y después los factores expresan bienestar en la docencia.

- a) Factor agotamiento: los resultados indican que un 27% de los docentes se encuentran agotados o muy agotados al final de la jornada laboral, mayor es la incidencia del agotamiento físico. Supone una situación de riesgo, el agotamiento aumenta la vulnerabilidad de la persona, disminuye sus reservas para enfrentar las demandas, queda asociada con síntomas de ansiedad, depresión, sensibilidad interpersonal, somatización y dificultades cognitivas, corroborando los resultados de otros estudios (Calvete y Vila, 2000), además la dimensión más significativa del SQT (Gil-Monte y Peiró, 1999; Halbesleben y Demerouti, 2005; Steinhart et al., 2011).

- b) Factor alteraciones de la voz: el 31% de los docentes tiene voz cansada y el 25% ha tenido problemas de afonía. Los resultados son similares a otros estudios (Kankare et al., 2012; Matud et al., 2002; Nerrière et al., 2009).
- c) Factor afectaciones musculo-esqueléticas: el 50% de los docentes manifiesta dolores de espalda, el 25% tiene lumbalgia. Muestra el mayor nivel de riesgo, así corrobora los resultados de otros estudios. Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones del Trabajo (INSHT, 2007) muestran que el 37% del personal docente y administrativo tiene problemas músculo esqueléticos, el 63% del personal docente ha sufrido dolor de espalda y el 26% de cuello y nuca. Estos resultados muestran la prevalencia de este tipo de riesgo en la profesión docente, confirman resultados de otros estudios (Erick y Smith, 2011).
- d) Factor afectaciones cognitivas: los resultados indican que el 30% de los docentes de la muestra manifiesta tener dificultades, el 38% tiene más distracciones de lo habitual; el 33%, preocupación excesiva; el 28%, dificultades para concentrarse y el 19% problemas de memoria.
- e) Factor afectaciones emocionales: los resultados indican que el 38% de los docentes de la muestra manifiesta tensión; de los cuales el 10% manifiesta sentirse a punto a estallar. El 33% manifiesta ansiedad y el 10% manifiesta deprimirse por las dificultades. Los resultados indican que los estados de tensión y de ansiedad son frecuentes en un tercio de los docentes, una minoría manifiesta tener una tensión muy alta o un estado depresivo frente a las dificultades. El 25% de los docentes presenta un nivel de riesgo moderado o alto en relación con su estado emocional. Estos resultados son similares a los de otros estudios (Calvete y Vila, 1997; Extremera et al., 2010).

- f) Factor satisfacción: este factor presenta mejores resultados. El 80% de los docentes de la muestra disfruta en el ejercicio de la docencia y volvería a escoger ser profesor/a, el 70% se siente feliz con su trabajo. El ítem que evalúa el vigor obtiene un porcentaje menor, el 50%, es coherente con la prevalencia alta del agotamiento. Estos resultados indican que la mayoría encuentra gratificante la actividad docente, están satisfechos y disfrutan con su profesión y coinciden con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Condiciones del Trabajo (INSHT, 2007); el 57% afirma estar satisfecho con su trabajo y hacer un trabajo útil y bien hecho. El nivel alto de satisfacción se consigue por la coexistencia de las metas personales de educador y enseñante y de las condiciones para hacerlo, es decir, de una buena valoración del docente, de los planes de estudios, del funcionamiento del centro, de la gestión de la disciplina (Barth, 1997; Hakanen et al., 2006).
- g) Factor autoeficacia: los resultados indican que aproximadamente el 80% se siente capaz y competente en la realización de la docencia, están satisfechos con los resultados y disponen de recursos para gestionar el aula y ser creativos. Estos resultados indican un nivel alto de bienestar en la actividad docente, los procesos en espiral de ganancia favorecen el bienestar físico y psicológico y buena calidad de las relaciones interpersonales. Estos resultados corroboran los obtenidos por Longás y colaboradores (2012) en una muestra de docentes de centros concertados de Cataluña.

En conclusión, sobre la salud docente, son muchas las cuestiones planteadas, las más relevantes buscan el bienestar pedagógico. El bienestar pedagógico refiere el estado de salud de la comunidad educativa y la práctica de la profesión: fuente de adquisición de competencias docentes y de consolidación de vínculos interpersonales. La satisfacción y la eficacia promueven la salud y el bienestar del docente y la calidad

educativa. El éxito de la educación y la mejora de los resultados de los alumnos son el resultado del aprendizaje de contenidos disciplinares, de valores y formas de actuar, teniendo en los docentes el modelo de referencia. Coincidiendo con el equipo investigador de Finlandia (Atjonen et al., 2011; Pyhälto et al., 2011; Soini et al, 2010), se considera realizar investigaciones cualitativas con participación de los docentes enfocados al estudio de situaciones de bienestar y satisfacción, con el propósito de compartir sus propias experiencias, los recursos más relevantes y los proyectos, innovaciones y mejoras.

Formulación del problema

Problema general

Por lo descrito, se formula la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar y la salud laboral, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014?

Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014?
2. ¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar con los sentimientos laborales, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con la salud laboral, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014.

Objetivos específicos

1. Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.
2. Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con los sentimientos laborales, en trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.

Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Ha: La violencia intrafamiliar se relaciona significativamente con la salud laboral de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014.

Ho: La violencia intrafamiliar no se relaciona significativamente con la salud laboral de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014.

Hipótesis específicas

H1: La violencia intrafamiliar se relaciona significativamente con la percepción laboral, de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.

Ho: La violencia intrafamiliar no se relaciona significativamente con la percepción laboral, de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.

H2: La violencia intrafamiliar se relaciona significativamente con los sentimientos laborales, de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.

Ho: La violencia intrafamiliar no se relaciona significativamente con los sentimientos laborales, de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014.

Justificación

La violencia intrafamiliar es uno de los problemas de salud pública más importantes en la actualidad. Esta violencia afecta la salud de la familia plena y de la sociedad, cuyas repercusiones son manifiestas en la salud de las organizaciones e instituciones.

Los países y sus respectivos estados, buscan a diario alternativas y soluciones a estos problemas relacionados directamente con la salud pública, por eso este estudio se suma a las contribuciones, presentando resultados de la violencia intrafamiliar y sus efectos en la percepción laboral negativa y en los sentimientos laborales negativos, además de elaborar concepciones sobre la violencia intrafamiliar, las mismas que serán difundidas en las organizaciones comprometidas con la salud de las personas, las familias y las instituciones.

La realización de esta investigación se justifica por las siguientes razones:

1. *Relevancia teórica*

El presente estudio conformará el conjunto teórico sobre la violencia intrafamiliar, quedando en las condiciones consulta teórica.

2. *Relevancia social*

La relevancia social de la tesis consiste en generar atención a la población muy significativa de Chosica, especialmente en un problema de salud pública, en el cual quedan involucrados instituciones de salud, privadas y estatales.

El estudio, por otro lado, tiene dos valores: científico y metodológico. Permitirá fomentar la salud de la comunidad y proyectar programas para la comunidad de los alrededores, mediante sistemas científicos y metodológicos.

3. *Relevancia práctica*

El estudio permitirá reflexionar sobre la violencia intrafamiliar, permitiendo el desarrollo de la sensibilidad social en forma práctica, permitiendo la facilidad y las condiciones para atender a la comunidad sobre la violencia intrafamiliar. La comunidad necesita mejorar la salud de la familia y del sistema familiar, enseñándoles a constituir un clima familiar positivo, lleno de paciencia, tolerancia, aceptación, tolerancia.

Viabilidad

El presente trabajo será viable porque durante el desarrollo no se tendrá impedimentos en su ejecución, siendo que la autora de la investigación trabaja en dicho nosocomio.

Asimismo, las condiciones administrativas son favorables ya que se cuenta con recursos económicos necesarios, además de la asesoría y las fuentes bibliográficas en el área que se está abordando.

Delimitación del estudio

La investigación ha sido enfocada básicamente al estudio de la violencia intrafamiliar y la salud laboral de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

Por otro lado, las dos variables de estudio son abordadas en sus dimensiones: violencia física, violencia verbal, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica.

Finalmente, la salud laboral es estudiada en sus aspectos: percepción laboral y sentimientos laborales negativos.

Limitaciones

La investigación fue enfocada básicamente al estudio de la violencia intrafamiliar y la salud laboral de los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Fundamentos teóricos

La violencia intrafamiliar

Aproximaciones conceptuales

En este estudio, la violencia intrafamiliar queda abordada desde múltiples dimensiones, enfoques, puntos de vista, intereses y perspectivas. En el ámbito de la salud, la violencia es problema de salud pública, una consecuencia es la lesión física, provocando demandas constantes de atención médica, discapacidad, incluso la misma muerte (Híjar, Flores, Valdez y Blanco, 2003)

Para conceptualizar mejor la violencia familiar, se debe precisar que “todo acto de violencia constituye una vulneración a los derechos y las libertades fundamentales de las personas y una ofensa a su dignidad” (Hena Escobar, 2005).

En la concepción de Castro y Riquer (2003), la violencia contra las mujeres es sinónimo de “violencia de género”, uno de los ejes de reflexión-acción, cuyas condiciones permiten que resurja el feminismo en América Latina a finales de los años sesenta del siglo XX. La violencia referida es determinada como la expresión más brutal del fenómeno llamado patriarcado.

La violencia contra la mujer responde a pautas culturales, es el resultado de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias, de actos extremos relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión, remarcando la condición inferior asignada a la

mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad (Alberdi y Matas, 2002).

Calificar la violencia doméstica en términos de fenómeno histórico y cultural impide la intervención sensata, los cambios de dicho fenómeno ocurrirían si son cambiados los patrones sociales, políticos, culturales y educativos de la sociedad en su conjunto, además implicaría el devenir de muchos años, el consumo de esfuerzo y recursos sociales. La violencia doméstica es controvertida, es sinónimo de otros: maltrato, violencia de género, abuso doméstico, etc. los cuales tienen algunas diferencias (Zarza y Froján, 2005).

En España, se utiliza el término violencia doméstica para calificar cualquier tipo de agresión de un compañero sentimental contra su pareja; en cambio, violencia familiar para referir cualquier clase de violencia contra otros miembros de la familia: hijos, ancianos, inclusive la violencia de los hijos contra los padres y/o hermanos (Zarza, 2001).

Para Zarza y Froján (2005), otro término muy popularizado en España y utilizado en los ámbitos: científico, institucional, medios de comunicación, etc.– es violencia de género, traducido literalmente del inglés americano Gender . El término es inadecuado en castellano, porque género, en todas las lenguas románicas, tiene un significado exclusivamente gramatical, frente al sexo, que lo tiene biológico; ambos no tienen que coincidir. Desde entonces, por una confusión idiomática, el término género pasó a significar mucho más que lo puramente gramatical, esta agresión fue agregada a la lengua castellana, aceptada por la gran mayoría de estudiosos de la violencia doméstica.

Actualmente la tendencia científica es concebir la violencia familiar un fenómeno complejo dentro del marco ecológico. La violencia doméstica exige, sin menosprecio a sociológicos, un análisis cognitivo-conductual de las interacciones

ocurridas entre las personas (un hombre y una mujer), quienes intervienen en el mismo episodio de agresión, único o repetido a lo largo de la convivencia, uno puede ser el agresor y el otro (generalmente la mujer) la víctima, los dos interactúan como un sistema, configurando un contexto psicológico, cuyo escenario requiere ser analizado para explicar, intervenir y prevenir ocurrencias posteriores (Zarza y Froján, 2005).

El maltrato infantil en la familia es un problema grave; durante estos últimos años, se le ha brindado mucha atención, desde de la investigación y desde el campo aplicado. Un avance más notable en el campo aplicado ha sido la creación de equipos de intervención especializados en la detección y el trabajo preventivo realizado en familias en situación de riesgo psicosocial. Se han creado leyes de protección al menor y a la familia, para ordenar e impulsar los servicios de apoyo a estos colectivos desfavorecidos (Rodríguez, Camacho, Rodrigo y Martín, 2006).

Tipos de violencia intrafamiliar

En la vida cotidiana, estas distintas modalidades de violencia se entremezclan y se potencializan entre sí (Henaó, 2005). La violencia de la pareja contra la mujer (también maltrato y malos tratos) incluye la violencia física, emocional y sexual en el ámbito de la familia, cuyo agente es quien es o fue su compañero sentimental (Gundersen, 2002). Para Ruiz y otros (2006), estos tipos de maltrato muy a menudo coexisten en una misma relación. Aunque los estudios de violencia contra la mujer quedan ubicados en un área de investigación reciente, la mayoría de los estudios publicados hacen referencia a la violencia física y sexual, son de mayor evidencia y de más fácil cuantificación (Krug, D, Mercy, Zwi, Lozano, 2002).

Para los investigadores, el interés en el maltrato físico, emocional y sexual radica en los diversos tipos de maltrato, los cuales pueden tener diferentes

repercusiones en la salud de la mujer (Plazaola y Ruiz, 2004), cuyos estudios, según Coker, Smith, McKeown, y King (2000), sugieren la existencia de un “efecto acumulativo” de las diversas tipologías de maltrato; el impacto en la salud es mayor en las mujeres que experimentan malos tratos físicos, sexuales y emocionales que en las que experimentan solamente un tipo de maltrato (Campbell, 2002).

Violencia física

Esta violencia tiene diferentes rostros, se expresan bajo un amplio espectro de daños, evidentes son las lesiones físicas desde el maltrato hasta la muerte. El daño y las repercusiones corporales causan lesiones, enfermedades diversas y discapacidades permanentes, convertidas en una de las principales determinantes de la salud de las mujeres (Gómez, Vázquez y Fernández, 2006).

Violencia psicológica

El maltrato emocional es el más frecuente, cuya aseveración es coincidente con trabajos previos realizados por Coker y otros (2000), por Richardson y otros (2002), Harwell y otros (2003). Por ejemplo, Richardson y otros (2002) estudiaron que el maltrato psicológico, medido como control y amenazas de la pareja, era más frecuente que el maltrato físico en mujeres quienes acudían a centros de atención primaria en Londres. Es destacable la baja prevalencia de maltrato físico o sexual sin la presencia de maltrato emocional, además el hecho de que el maltrato emocional sea referido con menor frecuencia. Las categorías de maltrato donde se incluye la violencia física es donde se recoge una mayor frecuencia del maltrato (Ruiz y otros, 2006).

Una manifestación de la violencia intrafamiliar es el maltrato psicológico, mediante diversas actitudes del maltratador: hostilidad, presentada mediante reproches, insultos y amenazas; desvalorización, supone desprecio a las opiniones, a

las tareas o incluso al propio cuerpo de la víctima; indiferencia, expresada en una falta total de atención a las necesidades afectivas y a los estados de ánimo de la mujer (Amor y otros, 2001). El maltrato emocional es más frecuente, puede tener un impacto sobre la salud de igual o mayor magnitud que los otros tipos de maltrato: físico y sexual, de acuerdo con Pico (2004) y García y otros (2004).

Violencia sexual

La realizan desconocidos en diferentes circunstancias. La violencia sexual es un problema mundial; son insuficientes los datos sobre la incidencia y prevalencia de sus diferentes formas; existen diferencias conceptuales y operacionales. Existen diversos problemas que revelan las dificultades para captarla y documentarla: a) a veces, las mujeres no conciben la violencia sexual como violación o como otro tipo de abuso, el contexto sociocultural norma, minimiza, tolera, promueve estos actos; b) con frecuencia, las mujeres no reportan estos delitos al sistema de salud o de justicia, experimentan vergüenza, miedo a la reacción de los funcionarios o prestadores de servicios y temor a las consecuencias de su denuncia; c) las mujeres tienen la tendencia a guardar silencio sobre sus experiencias de violencia sexual (Ramos y otros, 2001).

Características del abuso sexual infantil

Según Moreno (2001), las características que mejor definen el abuso sexual infantil son las siguientes:

- a) Es una forma de violencia física y/o mental, el adulto aprovecha la confianza del niño y su superioridad.
- b) No se limita necesariamente a la relación entre hombre y niña, aunque suele ser el caso más frecuente.

- c) En la mayor parte de los casos, el autor proviene del entorno social del menor y no es un extraño.
- d) Siempre tiene la consecuencia de un retraso en el desarrollo del menor. Los niños afectados sufren lesiones físicas y mentales, las secuelas psíquicas se detectan más difícilmente y se manifiestan mucho tiempo después.
- e) Generalmente no se produce de forma aislada, muchas veces se prolonga durante años.
- f) Es difícil establecer cuándo las caricias cariñosas se convierten en un abuso sexual; sin embargo, los niños perciben de forma instintiva dónde empieza la explotación de su cuerpo.
- g) El abuso sexual se produce cuando el adulto se sirve de su autoridad para aprovechar la relación de dependencia del niño. El abuso busca, ante todo, satisfacer de forma consciente o inconsciente las necesidades del adulto.

Violencia económica

En el contexto de que la violencia es un problema social y de salud pública (Concha, 2002), las Naciones Unidas, en la Declaración de los Principios Básicos de Justicia para víctimas del crimen y del abuso del poder, considera la víctima de la violencia en los términos siguientes: “es toda persona que individual o colectivamente ha sufrido daño físico, mental, emocional, pérdida económica o sustancial desmejora de sus derechos fundamentales, a través de actos u omisiones que son violatorios de las leyes que operan en ese Estado” (ONU, 1998).

Factores de violencia intrafamiliar

Para los investigadores, la violencia es un fenómeno multicausal. Los factores quedan relacionados con la desigualdad social, la pobreza, el nivel de desarrollo, la falta de oportunidades para el trabajo y la educación, el resquebrajamiento de los

valores (respeto a los derechos de los demás, la solidaridad), la corrupción, la rápida urbanización sin planificación, los acelerados cambios demográficos (Concha, 2002).

Rodríguez y otros (2006) consideran factores contextuales (redes de apoyo, organización familiar y la historia personal y las características del padre/madre) y factores próximos de riesgo (relación de pareja, prácticas educativas de riesgo y problemas de adaptación del hijo/a), con el propósito de observar cómo se combinan para dar lugar a los diferentes perfiles de riesgo.

Factores de experiencia previa de la violencia

La historia personal y las características del padre/madre han sido muy estudiadas, consideradas factores de riesgo (Rodríguez y otros, 2006). Por otro lado, la desadaptación del menor, revelada en problemas de conducta, retraso o ausentismo escolar y trastornos emocionales, es otro factor de riesgo. El haber sido víctima de maltrato en la infancia aumenta la probabilidad de padecer trastorno por estrés postraumático (Martin y De Paul Ochotorena, 2004).

El papel de la mujer, jefa de familia, es fundamental para el abordaje de las madres solas, solteras, separadas, viudas, con pareja sin convivencia, abarcan distintas edades, niveles educativos y laborales (Bringiotti y Samaniego, 2003). No resulta adecuado tomar la categoría familia monoparental o edad de la madre al tener su hijo, como factores de riesgo concretamente en los casos de maltrato y abandono infantil, si no se contextualizan de acuerdo con el grupo social de pertenencia, las redes de apoyo y los estereotipos de género relativizan su impacto, según los estudios de Bringiotti y Samaniego (2003). Según Fernández, Pérez & Carrasco (2002), las investigaciones realizadas dejan evidencias empíricas, revelan la tendencia a reproducir, fuera del hogar, la violencia vivida en la familia.

En la opinión de Henao (2005), aunque existen evidencias de que sustentan esta tendencia, son menos consistentes; en el estudio realizado por Llorente y otros (2005, p. 101) en Colombia se constató que “para el caso colombiano la violencia intrafamiliar, en particular el maltrato infantil severo, juega un papel importante en el trayecto hacia la violencia común y hacia la vinculación a grupos armados irregulares”.

La génesis de la violencia se halla en la niñez, en el seno familiar. La agresión excesiva durante la primera infancia, especialmente la agresión física, es un factor predictor de primer orden de comportamientos violentos en la adolescencia y en la juventud, de acuerdo con Henao Escobar (2005), Dodge y otros (2003).

Se ha planteado la consistencia de los hallazgos, soporte empírico a la transmisión intergeneracional de la violencia intrafamiliar, así como la tendencia a reproducirla fuera del hogar. Los esfuerzos preventivos son orientados a frenar la trayectoria de la violencia y la delincuencia durante los primeros años de la vida (Henao Escobar, 2005).

Los niños golpeados expresan tendencia a ser más agresivos, presentan dificultades para hacer y mantener amistades, para realizar los trabajos escolares. Durante la edad de adultos tienden a maltratar a sus propios hijos. Este fenómeno ha sido denominado transmisión intergeneracional de la violencia, se explica como resultado del aprendizaje. Poco se habla de mecanismos genéticos que pueden incidir en la producción de tal fenómeno (Sauceda ,2002).

La agresión durante los primeros años de vida del niño

El proceso de la violencia contra los niños queda revelado mediante estudios muy interesantes. Para Tremblay (2002), la agresión física se incrementa durante los

30 primeros meses de vida, el pico más alto se presenta a los 2 años y medio, posteriormente declina. Menos niñas que niños alcanzan los niveles más altos de agresión, las niñas reducen la frecuencia de su comportamiento agresivo más temprano. Esta tendencia se encontró entre niños y niñas en Medellín (Agudelo y otros, 2002).

Por otro lado, Tremblay (2002) refiere la aparición espontánea de la agresión en la temprana infancia, los años preescolares se constituyen en el período cuando los niños aprenden a regularla. Para Keenan (2002), los niños pre-escolares si fallan en el desarrollo de competencias reguladoras de su agresión quedan expuestos a un alto riesgo de exponer problemas de conducta y un comportamiento agresivo, antisocial crónico. En palabras de Klevens (2000b), la agresión es un problema de comportamiento si es persistente, los niños la exhiben en diferentes contextos, presentan otras características: destructividad, impulsividad, desobediencia, oposición, reacciones agresivas por la frustración (“pataletas” y “rabietas”), mentiras o trampas, errores en la interpretación de los estímulos con tendencia a atribuirles hostilidad, hipervigilancia y alta sensibilidad a los estímulos negativos, repertorio limitado de alternativas frente a la solución de conflictos y percepción de las soluciones violentas, hiperactividad, déficit de atención, trastornos del aprendizaje.

Sobre los factores familiares de violencia, investigadores coinciden en que la familia protege o predispone a los niños y adolescentes al desarrollo de comportamientos agresivos y violentos, cuyas características destacadas son el nivel socioeconómico, los estilos y prácticas de crianza, la exposición a la violencia intrafamiliar, las familias separadas o desmembradas, el conflicto entre los padres, los vínculos afectivos con los padres, la pérdida o separación de alguno de ellos, los antecedentes criminales de los padres (Hena Escobar, 2005).

Factores de abuso en el consumo de sustancias

El consumo de sustancias, en forma particular el consumo del alcohol (Irazoque y Hurtado, 2002), activa los generadores de conductas agresivas, potencia la agresividad, reduce la inhibición de impulsos, estimula la actividad psicomotriz, disminuye el control de la agresividad, disminuye el umbral al dolor y aumenta la posibilidad de que la persona trate de vengarse por ofensas reales o imaginarias (Pihl y otros). Los episodios de violencia intrafamiliar ocurren si el agresor se encuentra bajo los efectos del alcohol, de otro tipo de drogas (Sauceda y García, 2002)

Factores demográficos

Específicamente en los países subdesarrollados, las familias quedan constituidas por un número elevado de hijos, cuya situación demográfica se constituye en un factor importante de la violencia intrafamiliar (Irazoque y Hurtado, 2002).

Factores biológicos o genéticos

Los doctos en genética del comportamiento afirman que algunas correlaciones entre la conducta parental y la conducta del niño se deben a la herencia, cuya conducta se presenta si el padre maltratador sufre enfermedad mental, las enfermedades mentales son heredadas en parte, más en familias cuyos miembros son parientes biológicos, no en familias adoptivas (Sauceda y García, 2002).

Las investigaciones presentan hallazgos e hipótesis interesantes relacionadas con la intervención de genes, hormonas, neurotransmisores y estructuras cerebrales, en el control de la agresividad y la violencia. Estos comportamientos –si se mantienen dentro de límites normales, si los rebasan y llegan a la psicopatía –son resultado final de múltiples factores de riesgo que incluyen una vulnerabilidad biológica posible de ser desencadenada o reforzada por el ambiente social. A pesar de su complejidad, es generalmente conceptualizado y abordado con simplismo asombroso, disfrazado de rigor científico (Velázquez y Arellano, 2002).

Estas investigaciones buscaban un fin práctico: apareamientos de hombres con mujeres para mejorar la especie humana, cuyas intenciones –al principio ingenuas y limitadas a entornos académicos– desencadenaron los diversos movimientos eugenésicos de la primera mitad del siglo XX, sobre la base de una pseudociencia quedando al servicio de prejuicios de raigambre profunda, cuyos prejuicios terminaron en prácticas discriminatorias, esterilizaciones y exterminios (Velázquez, 2002).

Factores psicológicos

La minoría de maltratadores sufre alguna enfermedad mental que es capaz de predisponer a estos comportamientos agresivos (Yager y Gitlin, 2000). La violencia puede estar presente en toda la escala de los trastornos mentales. En los esquizofrénicos, la violencia es generada por ideas delirantes paranoides o por alucinaciones auditivas. Los pacientes maníacos suelen ser agresivos frente a provocaciones mínimas (Sauceda y García, (2002).

El diagnóstico relacionado con la violencia ha sido el trastorno explosivo intermitente, con la tendencia a las crisis temperamentales sin una etiología orgánica clara. Si existe una etiología orgánica ocurre un cambio de personalidad de tipo agresivo, debido a la condición médica general. El clínico de la salud mental, el pediatra y otros miembros del equipo de salud, están obligados a considerar estos tres factores en el estudio y tratamiento de los niños maltratados, inclusive sus familias (Sauceda y García, 2002).

Factores económicos

La dependencia económica es visible para Irazoque y Hurtado (2002). La pobreza familiar es otro factor preponderante. En Latinoamérica y países del mundo “no desarrollado”, la pobreza queda instalada, los servicios de protección a la infancia no existen; es fundamental diferenciar si la familia es realmente abandonadora física o

podría ser víctima de una situación de extrema crisis socioeconómica, se observa a diario situaciones donde la familia agotó todos los recursos disponibles para lograr lo necesario y no hay respuestas de las políticas públicas y/o sociales (Bringiotti, 2005).

Factores sociales

Tabla 1. Factores de riesgo sociofamiliares y socio ambientales asociados con el maltrato de los menores

Factor de riesgo	Total	Porcentaje
Pobreza. Falta de recursos económicos. Paro laboral.	20	32.2
Aislamiento social. Marginación. Minoría étnica.	17	27.4
Familia monoparental.	17	27.4
Drogadicción	14	22.6
Vivienda deficiente. Falta de vivienda.	13	20.9
Enfermedad física discapacitante.	12	19.3
Enfermedad psíquica.	11	17.7
Alcoholismo	9	14.5
Delincuencia. Violencia familiar.	8	12.9
Prostitución.	7	11.3
Madre adolescente.	7	11.3
Familias con un factor de riesgo.	58	93.5
Familias con más de un factor de riesgo	40	64.5

Fuente: Oliván Gonzalvo (2002, p. 219)

Este cuadro revela los factores de riesgo de mayor porcentaje. Las “familias con un factor riesgo” llegan al 93.5%; las “familias con más de un factor riesgo” se ubican con el 64.5%. A estos factores, les siguen, la pobreza, la falta de recursos económicos, con el 32.2%; el aislamiento social, la marginación con el 27.4%; la familia monoparental con el 27.4%.

Tabla 2. Relación entre situaciones propicias de los padres y maltrato infantil.

Situaciones propicias	Maltrato infantil						Nivel de significación
	Sí		No		Total		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Situación económica mala	87	47,5	9	6,3	96	29,5	Altamente significativa
Enf. siquiátrica	18	9,8	13	9,2	21	9,5	No significativa
Enf. crónica	99	54,1	58	40,8	157	48,3	Significativo
Alcoholismo	12	6,6	4	2,8	16	5,0	No significativa
Antec. penales	2	1,1	1	0,7	3	0,9	No significativa
Conflictos	6	96,2	22	15,5	198	61,0	Altamente significativa
Frustraciones	147	80,3	64	45,1	211	64,9	Altamente significativa
Estrés	181	98,9	21	14,8	202	62,1	Altamente significativa
Maltratados cuando niños	135	73,8	32	22,5	167	51,3	Altamente significativa

Fuente: Blanco Tamayo y otros (2000).

Según esta tabla, el nivel de significación con la denominación altamente significativa corresponde a los factores de riesgo: la situación económica mala, los conflictos, las frustraciones, el estrés y los maltratados cuando eran niños, cuyos porcentajes respectivos son: 29.5%, 61.0%, 64.9%, 62.1% y 51.3%. En este contexto, las frustraciones marcan el mayor porcentaje: 64.9%.

En este contexto social, surgen dos fenómenos sociales: el patriarcado y el feminismo; el primero, el patriarcado, es considerado factor causal de la violencia contra la mujer, constituyéndose en problema social, frente al cual, sin otra alternativa por el momento y en forma obligatoria, surge el debate feminista, constituido en el movimiento nacido con una sola visión o perspectiva: el porqué de la subordinación

femenina. De esta manera se ha determinado y analizado la causa última de la violencia contra la mujer: el “patriarcado”. Afirmar que el patriarcado es la causa última de la violencia contra la mujer ha tenido alguna eficacia. Hace falta pensar sociológicamente la violencia contra la mujer (Castro y Riquer, 2003).

Entre los factores sociales se halla la influencia de la televisión sobre la conducta agresiva. Los estudios revelan la fuerte exposición de los niños a mensajes televisivos saturados de contenido violento, generando aceptación de la violencia como un elemento inherente a las relaciones interpersonales (Hena Escobar, 2005).

Factores de relación intrafamiliar

Las relaciones familiares son determinantes de conductas y comportamientos de los miembros de la familia. La contención familiar es un factor de riesgo. El niño no aceptado, no reconocido, tampoco querido, tendrá, en el futuro inmediato, muchas dificultades para ser adulto equilibrado con posibilidad de contención y adecuado cuidado para sus propios hijos en el tiempo venidero. Si recibe el efecto de los factores socioestructurales mencionados, queda en una situación de “riesgo”, es altamente probable que desarrolle alguna disfunción vincular (Bringiotti, 2005).

Causas y consecuencias de la violencia

Causas

González y Pineda (2008, en Zuazo-Olaya, 2013, p. 37) mencionan siete principales causas de la violencia:

1. El alcoholismo: un sin número de casos registra que un gran por ciento de las mujeres que son agredidas por sus compañeros conyugales, están bajo el efecto del alcohol.
2. Falta de conciencia en los habitantes de una sociedad: creen que esta es la mejor forma de realizar las cosas: huelgas, tiroteos, golpes, etc.

3. Fuerte ignorancia que hay de no conocer mejor vía para resolver las cosas: no saben que la mejor forma de resolver un problema es conversando y analizando qué causa eso y luego tratar de solucionarlo.
4. El no poder controlar los impulsos: muchas veces somos impulsivos, generando así violencia, no sabemos cómo resolver las cosas.
5. La falta de comprensión existente entre las parejas, la incompatibilidad de caracteres: la violencia intra-familiar es la causa mayor que existe de violencia, un niño que se críe dentro de un ambiente conflictivo y poco armonioso ha de ser, seguro, una persona problemática y con pocos principios personales.
6. Falta de comprensión hacia los niños: saber que los niños son criaturas que no saben lo que hacen, son inocentes. Muchas madres maltratan a sus hijos, y generan así violencia.
7. La drogadicción: es otra causa de la violencia, muchas personas se drogan para poder ser lo que no son en la realidad, para escapar así de la realidad causando mucha violencia: si no tienen cómo comprar su "producto" matan y golpean hasta a su propia madre.

Consecuencias

La violencia contra la mujer y los hijos genera consecuencias traumatizantes para ellos. Gonzales y Pineda (2008, en Zuazo-Olaya, 2013) distinguen dos tipos de consecuencias: Las físicas y las psicológicas:

Consecuencias físicas

- ✓ Homicidio
- ✓ Lesiones graves
- ✓ Lesiones durante el embarazo
- ✓ Lesiones a los niños
- ✓ Embarazo no deseado y a temprana edad
- ✓ Vulnerabilidad a las enfermedades

Consecuencias psicológicas

- ✓ Suicidio

- ✓ Problemas de salud mental
- ✓ Temor
- ✓ Desvalorización
- ✓ Depresión
- ✓ Desconfianza

Salud laboral

¿Qué es la salud?

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es “un completo estado de bienestar en los aspectos físicos, mentales y sociales”. No es solamente la ausencia de enfermedad. Esta definición se dio en la Declaración de Principios de la OMS desde su fundación en 1948. La salud es uno de los derechos fundamentales de los seres humanos, además lograr el más alto grado de bienestar depende de la cooperación de individuos y naciones, inclusive de la aplicación de medidas sociales y sanitarias (Parra, 2003). “La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiental en que viven y trabajan” (Parra, 2003, p. 1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Cook, 1993).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud laboral no sólo la ausencia de toda enfermedad, incluidas las lesiones, sino el estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo, lleva a connotaciones casi exclusivamente sanitarias.

La salud es un estado de equilibrio y bienestar físico, mental y social. Por lo tanto, es la plena adaptación del ambiente de trabajo al ser vivo (Evaluación y control de riesgos industriales. Manual del participante Fundado 2005).

En realidad “la salud en el trabajo tiende a la promoción y el mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las profesiones, la protección de los mismos en sus puestos de trabajo, y el mantenimiento del trabajador en un ambiente laboral adaptado a sus capacidades fisiológicas y psicológicas” (Poyer Mejía, 2009, p. 32), en síntesis: “la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo”.

De acuerdo con Noack y Kaznachev (en Almirall, 1996), la salud debe ser abordada con el enfoque sistémico, proponen que es un estado de balance o equilibrio productivo entre este estado y otros sistemas o subsistemas: un órgano, otra persona, grupo social o comunidad; también constituye un proceso de conservación y desarrollo de las capacidades biológicas, psicológicas, fisiológicas y psíquicas del hombre, su capacidad laboral óptima y una actividad social adecuada durante la prolongación máxima de la vida.

El ser humano es eminentemente social, además posee diversos sistemas, esferas de su actividad social diaria, los cuales determinan su modo de vivir y su salud; por ejemplo, la familia, el grupo religioso, los amigos y el trabajo. Este último ha jugado un papel muy importante en el proceso salud-enfermedad. Esta relación salud-trabajo ha generado el surgimiento de disciplinas: la salud ocupacional, encargada de prevenir las enfermedades y accidentes provocadas por el trabajo, propiciando de esta manera las mejores condiciones de trabajo, además la búsqueda del desarrollo de las facultades físicas y mentales de los seres humanos, cuyos elementos psicológicos y ambientales son factores decisivos para alcanzar aquellos objetivos que nos hemos planteado (Juárez García, 2004).

Aspectos destacados y relacionados con la salud

Los aspectos destacados y relacionados con la salud son: igualdad de los conceptos de bienestar y de salud, integración de los aspectos sociales, psíquicos y físicos en un todo armónico; adopción de un marco común para el desarrollo de políticas de salud por parte de los países firmantes (Parra, 2003).

Relación del trabajo con la salud

En este contexto, se ha estudiado que el trabajo es fuente salud, el salario permite la adquisición de bienes favorables para la salud, la actitud física y mental, el contacto social, el desarrollo de una actividad con sentido permite sentir la utilidad de las personas, también la producción de bienes y servicios para el bienestar de otros individuos y grupos, los trabajos producen para otros, para mejoran el bienestar de los demás (Parra, 2003).

Factores de riesgo para la salud

FACTORES DE RIESGO	COMENTARIO
Condiciones generales e infraestructura sanitaria del local de trabajo	Protección climática adecuada, disponibilidad de instalaciones sanitarias, de agua potable, de comedores.
Condiciones de seguridad	Condiciones que influyen en los accidentes, incluyendo las características de máquinas, equipos y herramientas, seguridad general del local y del espacio de trabajo y riesgos de las fuentes de energía.
Riesgos del ambiente físico	Condiciones físicas del trabajo, que pueden ocasionar accidentes y enfermedades. Por ejemplo, ruido, vibraciones, condiciones de temperatura.
Riesgos de contaminación química y biológica	Exposición directa a contaminantes químicos o biológicos, por ser parte del proceso de trabajo.
Carga de trabajo	Exigencias de las tareas sobre los individuos: esfuerzo físico, posturas de trabajo, manipulación de carga, exigencias de concentración.
Organización del trabajo	Forma en que se organizan las tareas y se distribuyen tiempo de trabajo, funciones y ritmo.

Fuente: Parra (2003, p. 5).

Características psicosociales de los trabajadores

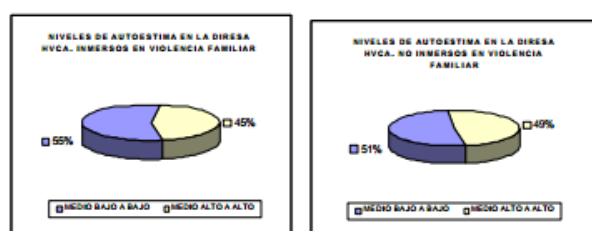
Rodríguez Canales (2002) estudia las características psicosociales de los trabajadores de la región salud de Huancavelica. Aborda la pobre autoestima, la vigencia de estilos de vida de riesgo, factores afectivo emocionales, la constitución irregular de la familia, la relaciones adulterinas, manifestaciones psicosociales no adecuadas, la insatisfacción laboral, la percepción inadecuada. Por ejemplo, la autoestima presenta los niveles: alto, medio alto, medio bajo, bajo. Sobre sale el medio bajo, cuyo porcentajes es 43,84%. Por otro lado, loa hombres tienen el nivel bajo, el porcentaje es 44,19%, a diferencia de las mujeres, cuyo porcentajes es 43%.

Cuadro No. 04

NIVELES DE AUTOESTIMA EN LOS TRABAJADORES DE LA DRESA - HVCA
INMERSOS Y NO INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR

NIVELES DE AUTOESTIMA	INMERSOS EN V.F.			NO INMERSOS EN V.F.		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
ALTO	11	8.38%		33	16%	
MEDIO ALTO	46	35.37%		68	33%	
MEDIO BAJO	57	43.84%	55%	71	35%	51%
BAJO	16	12.30%		32	16%	
TOTAL	130	99.89%		204	100%	

Gráfico N° 03



Estos valores promedio en los puntajes de autoestima, al Análisis Inferencial, con

Fuente: Rodríguez Canales (2002)

Cuadro. No 05 :

NIVELES DE AUTOESTIMA EN 130 TRABAJADORES MUJERES Y VARONES
DE LA DIRESA – HVCA INMERSOS EN VIOLENCIA FAMILIAR

NIVELES DE AUTOESTIMA	MUJERES			VARONES		
	No.	%	% EN RIESGO	No.	%	% EN RIESGO
ALTO	4	9%		7	8.14%	
MEDIO ALTO	14	32%		32	37.20%	
MEDIO BAJO	19	43%	59%	38	44.19%	55%
BAJO	7	16%		9	10.47%	
TOTAL	44	100%		86	100%	

Gráfico N° 04



Elaboración y diseño en formato Pdf, por la Oficina General de Sistema de Bibliotecas y Biblioteca Central.

Fuente: Rodríguez Canales (2002)

Sobre la salud relacionada con el consumo de alcohol, los datos recogidos expresan que el consumo es bastante. Por ejemplo, el 45.38% consumen mensualmente; el 83,84% se ubica entre el consumo mensual, semanal y casi diario. Este consumo es muy significativo para la salud personal e institucional.

Cuadro. No. 08

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALCOHOL EN LOS TRABAJADORES DE LA
DIRESA – HVCA.

FRECUENCIA	INMERSOS EN V.F.			NO INMERSOS EN V.F.		
	No	%	% EN RIESGO	No	%	% EN RIESGO
NO SE CONSUME	3	2.31		10	5	
SOLO EN FECHAS ESPECIALES	18	13.85		99	48.5	
MENSUAL	59	45.38	83.84%	63	30.8	46.50%
SEMANAL	39	30.00		26	12.7	
CASIDIARIO	11	8.46		6	3	
TOTAL	130	100%		204	100%	

Fuente: Rodríguez Canales (2002)

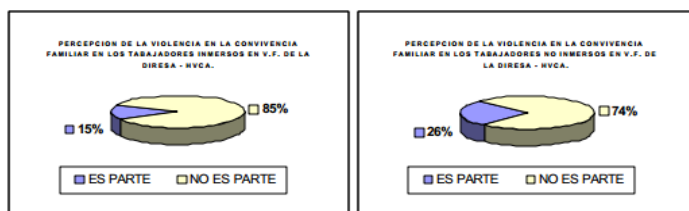
Sobre la percepción de la violencia en la convivencia familiar, se observa que la violencia sí es parte de la convivencia familiar, cuyo porcentaje revelador es 15%; por otro lado, se afirma que la violencia no es parte de la convivencia familiar, cuyo porcentaje revelador es 85%.

Cuadro No. 14

PERCEPCION DE LA VIOLENCIA EN LA CONVIVENCIA FAMILIAR EN LOS
TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
LA VIOLENCIA SI ES PARTE DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR	20	15%	53	26%
LA VIOLENCIA NO ES PARTE DE LA CONVIVENCIA FAMILIAR	110	85%	151	74%
TOTAL	130	100%	204	100%

Gráfico No. 13



Fuente: Rodríguez Canales (2002)

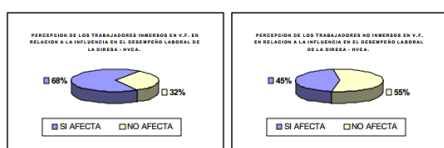
La recepción de los trabajadores sí afecta el desempeño laboral, cuyo porcentaje revelador es 68; por otro lado, no afecta, cuyo porcentaje revelador es 32.

Cuadro No. 15

PERCEPCION DE LOS TRABAJADORES DE LA DIRESA - HVCA EN
RELACION A LA INFLUENCIA EN EL DESEMPEÑO LABORAL

RESPUESTAS	TRABAJADORES EN V.F.		TRABAJADORES SIN V.F.	
	No.	%	No.	%
SI AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL	88	68%	92	45%
NO AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL	42	32%	112	55%
TOTAL	130	100%	204	100%

Gráfico No. 14



Fuente: Rodríguez Canales (2002)

Factores psicosociales de riesgo a la salud mental

Para Gil Monte y Peiró (1997) existe una serie de factores psicosociales, los cuales inciden en la salud mental de los profesionales, especialmente en la sobrecarga

laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor y la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas; esto supone la presencia de conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones, rápidos cambios tecnológicos, diversas variables de carácter demográfico, el tipo de profesión, la utilización de medios tecnológicos en el trabajo, clima laboral, contenido del puesto, características de personalidad, entre otras.

En diversas instituciones de Atención Social; por ejemplo, en instituciones de atención al Maltrato Intrafamiliar y Sexual, se contempla que prevalecen ciertos factores estresantes para los trabajadores: la práctica con víctimas en lugares inhóspitos, escasos recursos para el trato con las víctimas y para ellos mismos, frío o calor excesivos, falta de computadoras para ordenar la tarea, exigencia de horarios excesivos y dificultades de índole administrativa, la falta de normas claras, la naturaleza del trabajo, características de algunos profesionales (Barría 2002).

Por otro lado, Ruiz (2003) ha estudiado el ámbito de las instituciones penitenciarias, plantea ciertas variables que inciden en la salud psíquica de los trabajadores: el antagonismo percibido de la comunidad, riesgo de sufrir agresiones y de verse atrapados en motines, responsabilidad directa por “personas” y sus conductas, la percepción de resultados pobres (como ‘ver’ que los delincuentes salen y entran de nuevo en la cárcel), el grado de apoyo y reconocimiento de los superiores, la peligrosidad del trabajo, las reglas obsoletas, el elevado número de personas a atender, falta de recursos, la falta de guías claras para realizar el trabajo.

Los profesionales se involucran durante largas horas en problemas y preocupaciones de las personas con quienes se relacionan profesionalmente. La interacción del profesional con el receptor del servicio se centra en los problemas actuales de éste (en el campo de la salud, de la higiene mental, de las relaciones

familiares, sociales o laborales). Los receptores vienen cargados de diversos sentimientos: la preocupación, el miedo, el rechazo, la desesperación, entre otros (Labrocca y Méndez 2001).

Maslach (2004) refiere que existen investigaciones las cuales muestran que existen demandas psicosociales “universales” que afectan la salud de los trabajadores de manera crónica, podrían generalizarse a distintas ocupaciones; además plantea que entre los principales factores que influyen en la salud mental se encuentran: la falta de recompensas, las falsas expectativas, la carga de trabajo, el grado de control del trabajador, las relaciones interpersonales y el apoyo social en el trabajo.

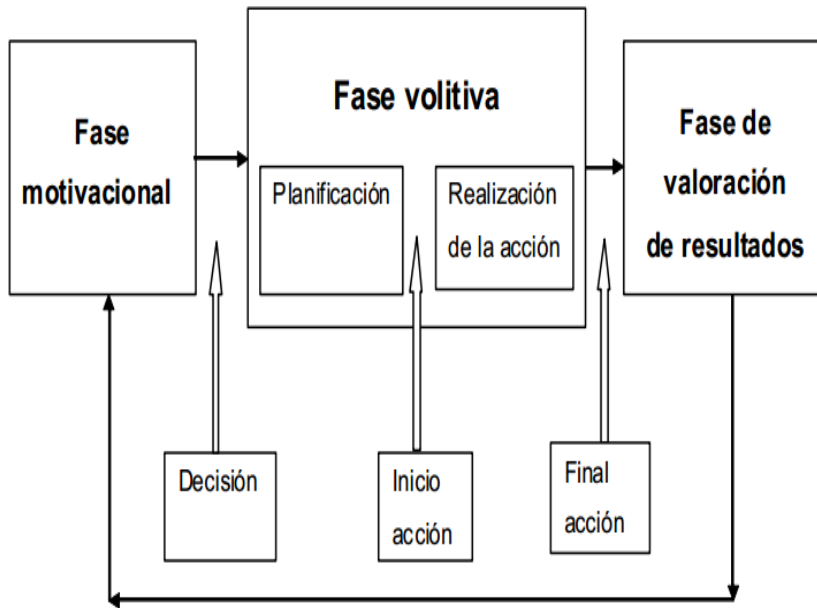
El síndrome de quemarse por el trabajo

Para Gil-Monte (2003), desde una perspectiva psicosocial el síndrome de quemarse por el trabajo es un síndrome cuyos síntomas son bajos niveles de realización personal en el trabajo, altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización.

El SQT es una respuesta al distrés laboral crónico, queda integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes se trabaja y hacia la propia función profesional, junto con la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. El SQT le ocurre principalmente a las profesiones de ayuda, mejor dicho, a las profesiones que prestan un servicio de apoyo a un destinatario (Gil-Monte y Peiró, 1997). Aparece en ámbitos profesionales: el ámbito sanitario, el ámbito educativo y el ámbito asistencial. Ha sido tipificado accidente de trabajo en España (sentencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000; Recurso Núm.: 4379/1999 siendo la profesión docente una profesión de riesgo (Gil-Monte, Carretero, Roldán y Núñez-Román, 2005).

Modelos de tratamiento SQT

Figura 1: Modelo de Rubikon de Heckhausen presentat per Hacker (1998)



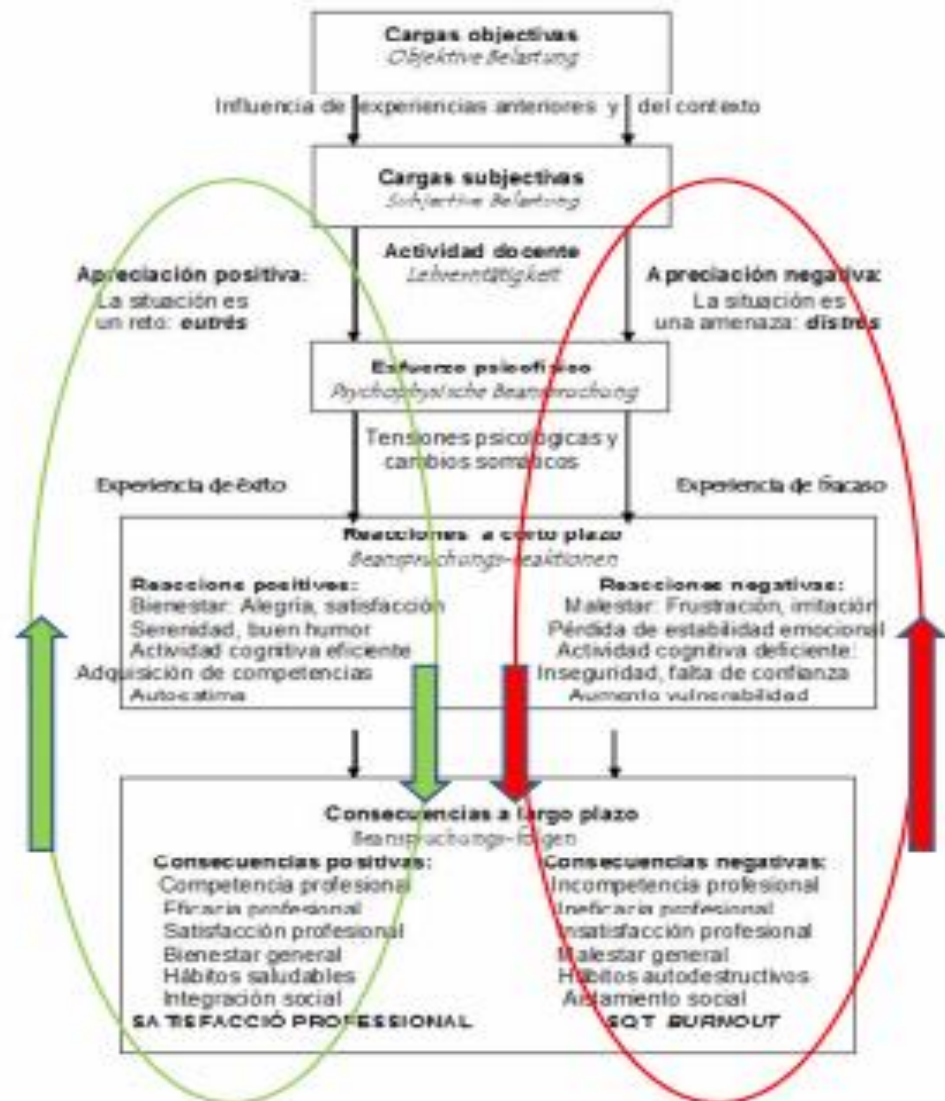
Fuente: Fernández Puig (2014, p. 111).

Figura 2: Dialéctica condiciones iniciales y finales según Hacker (1998)



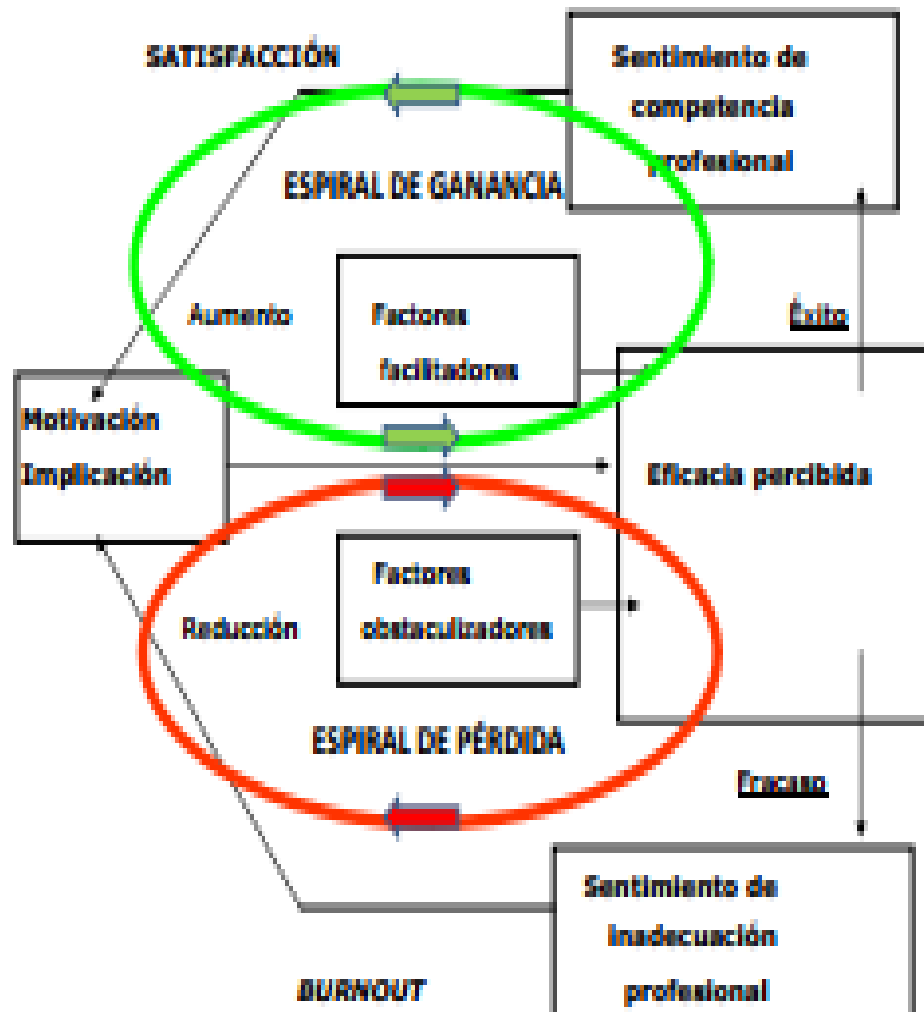
Fuente: Fernández Puig (2014, p. 112).

Figura 3: Modelo de Rudow (1995)



Fuente: Fernández Puig (2014, p. 120).

Figura 4: Modelo de Harrison (1983) y de Cherniss (1993)



Fuente: Fernández Puig (2014, p. 124).

Figura 5: Modelo de espirales de ganancia y pérdida, de Salanova, Schaufeli y colaboradores (2005)



Fuente: Fernández Puig (2014, p. 136).

Gil-Monte (2003, p. 30) considera las consecuencias del SQT para el individuo o la persona y para organización e institución:

1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías: a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia. b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes negativas (v.g. verbalizar), cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia. c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad. d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

2) Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices: (a) deterioro de la calidad

asistencial, (b) baja satisfacción laboral, (c) absentismo laboral elevado, (d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, (e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, (f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, (g) una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales.

Sintomatología de la salud laboral

En relación con las diferentes afectaciones o sintomatologías, se obtiene el siguiente listado:

- a) Sintomatología física: problemas digestivos, problemas respiratorios, insomnio, reumatismo.
- b) Relacionados con el agotamiento: cansancio, agotamiento físico, agotamiento emocional y mental.
- c) Relacionados con el sistema musculo-esquelético: tensión muscular, dolor de cabeza, contracturas, problemas de espalda, pesadez manos y brazos.
- d) Afectaciones emocionales: relacionados con la ansiedad (irritabilidad, ansiedad, estado de inquietud, tensión), relacionados con la depresión (culpa, tristeza, desánimo, ganas de llorar, impotencia, desesperanza).
- e) Trastornos cognitivos: dificultades cognitivas en el procesamiento de la información, problemas de memoria, problemas de concentración, agilidad mental y pensamiento obsesivo.
- f) Sintomatología social y comportamental: sensibilidad interpersonal, dificultades de relación, despersonalización de los usuarios, actitudes de indolencia, indiferencia, cinismo, indolencia.

En relación a las diferentes manifestaciones de bienestar se obtiene el siguiente listado:

g) Factores que indican una relación positiva con el trabajo: satisfacción, engagement (vigor, dedicación y absorción), sensación de fluir.

h) De carácter afectivo: alegría, satisfacción, ilusión por el trabajo, sentimiento de orgullo y de reto por el trabajo, disfrute, entusiasmo con el trabajo, implicación emocional en el trabajo.

i) De carácter competencial: absorción en el trabajo (disfrute y concentración), autoeficacia (convicción de poseer las capacidades necesarias), resiliencia.

j) De carácter motivacional: motivación intrínseca, realización personal en el trabajo, compromiso con el trabajo, satisfacción intrínseca hacia el trabajo.

Finalmente, incorporando este conjunto de manifestaciones de afectaciones y bienestar, se proponen los ámbitos más importantes en los riesgos profesionales de los docentes los siguientes.

a) Manifestaciones de deterioro de la salud: agotamiento, afectaciones somáticas, afectaciones de la voz, afectaciones cognitivas, afectaciones emocionales

b) Manifestaciones de bienestar: satisfacción, motivación intrínseca, disfrute, autoeficacia, confianza.

Para la realización del cuestionario de salud docente, se proponen agrupar este conjunto de manifestaciones en dos grandes ámbitos: afectaciones o manifestaciones de deterioro de la salud y manifestaciones de bienestar. Sobre estos dos organizadores se inventarían los riesgos y los factores de protección más importante:

a) Manifestaciones de deterioro de la salud:

Los riesgos de deterioro de salud más importantes son de carácter físico, asociados al agotamiento, uso de la voz, problemas músculo esqueléticos y manifestaciones de estrés crónico, y de carácter psicológicos, pueden clasificarse en afectaciones cognitivas, relacionadas con la concentración, atención y memoria; las afectaciones emocionales (irritación, enfado o tensión, agotamiento), afectaciones somáticas, afectaciones de la voz, afectaciones cognitivas, afectaciones emocionales.

b) Manifestaciones de bienestar:

Las manifestaciones de bienestar son resultados de experiencias de éxito profesional y recursos personales que favorecen estas experiencias. Las medidas de bienestar están relacionadas con la predominancia de procesos de ganancia de salud. Se consideran relevantes: satisfacción, motivación intrínseca, disfrute, autoeficacia, confianza.

Los factores laborales se clasifican en tres apartados: a) condiciones del ambiente, b) características del trabajo, y c) contexto laboral (Leka, Griffiths y Cox, 2004). De acuerdo con Gómez Etxebarria (2009), se destaca:

a) Condiciones del ambiente: condiciones físicas (temperaturas extremas, ruido, vibraciones), condiciones químicas (vapores, gases, polvillo), condiciones biológicas (bacterias, hongos), condiciones de instalaciones y equipos (hacinamiento, falta de ventilación, mala iluminación o malas instalaciones eléctricas), ergonómicos (movimientos repetitivos, el acarreo o levantamiento de peso).

b) Características de trabajo: tiempo de trabajo (jornadas, turnos, pausas, vacaciones), formas de remuneración (salarios, primas pluses), realización del trabajo (ritmo acelerado, trabajo con el público, acumulación de tareas, escasez de medios), contenido del trabajo (excesivo número de alumnado, exceso de responsabilidad, falta de expectativas profesionales), organización del trabajo (jornada laboral, ritmos, monotonía, repetitividad), estabilidad (inseguridad laboral, inestabilidad en el puesto), protección jurídica del trabajador (legislación, derechos, sindicatos).

c) Contexto de la organización: planificación en el trabajo (falta de participación, desorientación sobre funciones y tareas), comportamiento en el trabajo (sistemas de relaciones laborales: democracia, formación, estilo de mando, autoritarismo en la dirección), relaciones y clima de trabajo (conflictos en las relaciones personales), servicios sociales (transporte, alimentación).

Para Piédrola Gil (2001, en Fernández Puig, 2014), la carga laboral es el conjunto de requerimientos psicofísicos en los cuales se ve sometido el trabajador durante su jornada laboral. Se distinguen tres tipos de cargas:

a) Carga física: es el esfuerzo físico que requiere la ejecución del trabajo. Este esfuerzo produce un incremento del consumo de energía y un aumento de los ritmos respiratorios y cardíacos. Se analizan la postura corporal y los movimientos repetitivos.

b) Carga mental: es el esfuerzo cognitivo que depende de la cantidad de información, de la dispersión y variabilidad de los canales sensoriales, del grado de atención que se requiere, de la velocidad de respuesta exigida y de la

responsabilidad personal. Esta carga produce fatiga nerviosa, sobre todo por el esfuerzo prolongado de atención y concentración.

c) Carga emocional: el nivel de activación emocional es elevado en trabajos que implican situaciones de contacto cara a cara con los receptores de sus servicios. Esta carga aumenta si el trabajador no puede satisfacer las demandas que se le hacen, si debe evitar la expresión de sus emociones, si se le requiere una respuesta emocional empática con el destinatario o si a menudo la respuesta de los destinatarios es negativa o desagradable (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Greiner (1998) destaca criterios descriptivos del estado de salud los siguientes: salud (ausencia de síntomas, enfermedad o incapacidades, ausencia de dolor o molestias), experiencia psicológica positiva, valoración adecuada de la propia competencia, capacidad de disfrutar, de confiar y de amar, resistencia frente a las demandas, capacidad y potencial para establecer y lograr metas a largo plazo, capacidad de afrontar demandas y exigencias sociales y de superar crisis, percepción del sentido de las actividades vitales.

La mayoría de la investigación se ha centrado en buscar la manera de prevenir el desarrollo de trastornos en sujetos potencialmente vulnerables, la psicología positiva se centra en el estudio de estados psicológicos positivos: optimismo, humor, confianza, alegría, creatividad, gratitud, principalmente, y en el estudio de sus repercusiones en el estado de salud física (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009). Según los estudios empíricos realizados, estos estados son indicadores de salud, tienen influencia en el mantenimiento de la salud: a mayor presencia de estados positivos, menor es la intensidad y duración de los trastornos, además

los procesos de recuperación son más breves (Fredrickson y Joiner, 2002; Ouweneel, Le Blanc, Schaufeli y Van Wijhe, 2012).

Siguiendo a Sandi y colaboradores (2001), en el ámbito psicofisiológico, las manifestaciones más frecuentes son: trastornos gastrointestinales (trastornos en el esófago, úlcera péptica, síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa), trastornos cardiovasculares (hipertensión arterial, arritmias cardíacas, enfermedades coronarias), trastornos respiratorios (asma bronquial, síndrome de hiperventilación), trastornos endocrinos (hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes, hipoglucemia), trastornos dermatológicos (prurito, hiperhidrosis, urticaria, dermatitis atópica, alopecia areata), trastornos del sistema esqueleto-muscular (tensiones y contracturas, lumbalgias, cefaleas, fatiga crónica, fibromialgia, artritis reumática), disminución de las capacidades cognitivas (pérdida de memoria, de concentración, pensamiento rígido y obsesivo, despistes frecuentes, lentitud en el procesamiento de la información), desestabilización del estado emocional (estado de ánimo, manifestaciones frecuentes de irritabilidad, ansiedad, enfado, desánimo, tristeza y/o apatía), trastornos del sueño, de la alimentación y / o sexuales y trastornos por deficiencia sistema inmunológico (Gómez Etxebarria, 2012; Sandi et al., 2001).

Definiciones de términos

Violencia intrafamiliar

La violencia intrafamiliar es uso del poder de uno de los miembros de la familia contra los demás, mediante la violencia física, violencia verbal, violencia psicológica, violencia sexual y violencia económica.

Violencia física

La violencia física es la aplicación del poder físico o material de uno de los miembros de la familia en contra de los demás, mediante el castigo con la correa al hijo, el castigo con la soga al hijo, el castigo con una vara al hijo, el castigo con la mano al hijo, el golpe con la mano a la pareja, el golpe con una cosa a la pareja, los empujones a la pareja, la bofetada a la pareja, el jalón de los cabellos a la pareja, el jalón de los cabellos al hijo.

Violencia verbal

Por su parte, la violencia verbal es violencia ejercida mediante los insultos verbales a los hijos y a la pareja, el maltrato verbal a los hijos y a la pareja, el desprecio verbal a los hijos y a la pareja, la omisión de reconocimiento verbal a los hijos y a la pareja, las expresiones humillantes a los hijos y a la pareja, las expresiones sarcásticas a los hijos y a la pareja, las expresiones de burlas a los hijos y a la pareja.

Violencia psicológica

La violencia psicológica es revelada mediante expresiones de reproches a los hijos y a la pareja, las amenazas a los hijos y a la pareja, el desprecio a las opiniones de los hijos y de la pareja, el desprecio a las tareas de los hijos y de la pareja, la indiferencia a las necesidades de los hijos y de la pareja. “La violencia es la presión síquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima.” (Gonzales, Pineda, Carlos, 2008, y Zuazo, 2013, p. 34)

Violencia sexual

La violencia sexual es una dimensión de estudio, revelada en la falta de respeto a la voluntad sexual de la pareja, en la falta de respeto a la indisposición sexual de la

pareja, en no pensar en la satisfacción sexual de la pareja, en las relaciones sexuales forzadas, en las relaciones sexuales sin consentimiento de la pareja, en las relaciones sexuales dentro de los periodos menstruales, en las relaciones sexuales contranatural.

Violencia económica

Esta violencia se da en el ámbito económico de la familia, manifestada en la negación de compras de sus alimentos y ropa a sus hijos, en la negación de la atención médica a sus hijos, en negarles una propina a sus hijos, en negarles la compra de juguetes a sus hijos.

Salud laboral

La salud laboral es la variable predictora del estudio, la cual es manifestada mediante la percepción laboral y los sentimientos laborales, los cuales generan un ambiente laboral, caracterizado por la salud laboral, objeto de la investigación.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud laboral no sólo la ausencia de toda enfermedad, incluidas las lesiones, sino el estado de bienestar físico, psíquico y social del individuo, lleva a connotaciones casi exclusivamente sanitarias.

Percepción laboral

Es la apreciación del ambiente laboral, manifestada en la percepción de órdenes de los jefes a los subordinados, de imposiciones de los jefes a los subordinados, de exigencias desmesuradas de los jefes a los subordinados, de tratos indebidos de los jefes a los subordinados, de abusos de los jefes contra los

subordinados, de intolerancia de los jefes a los subordinados, de desprecio de los jefes contra los subordinados, de persecución de los jefes contra los subordinados, de la rivalidad en los trabajadores, de la intolerancia en los trabajadores, de la enemistad laboral de los trabajadores, de la falta de compañerismo en los trabajadores, de la falta de solidaridad en los trabajadores, de la alteración emocional en los trabajadores.

Sentimientos laborales

Es la segunda dimensión predictora. Consiste en la manifestación de los sentimientos de impotencia laboral, de resignación laboral, de imposibilidad laboral, de conformismo laboral, de aislamiento laboral, de indiferencia laboral, de nostalgia laboral, de insatisfacción laboral, de rebeldía laboral.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

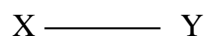
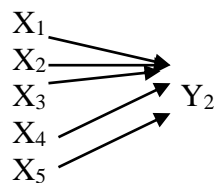
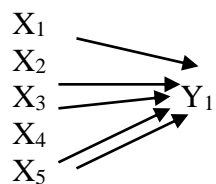
Tipo de investigación

El estudio es descriptivo, correlacional. Es de tipo descriptivo, porque se midieron la relación de las variables de estudio. Es correlacional porque se verificó el grado de asociación de las variables referidas.

Diseño de investigación

El presente trabajo tiene un diseño de investigación no experimental de corte transeccional. Es no experimental, porque no manipularon las variables de estudio. Es de corte transversal, porque se recabarán datos en un solo momento.

El diseño gráfico es el siguiente:



Leyenda

X₁ Violencia física

X ₂	Violencia verbal
X ₃	Violencia psicológica
X ₄	Violencia sexual
X ₅	Violencia económica
Y ₁	Percepción laboral
Y ₂	Sentimientos laborales
X	Violencia intrafamiliar
Y	Salud laboral

Descripción de la población

La población de estudio fue constituida por los trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014.

Muestra

La muestra del presente estudio se seleccionó de manera no aleatoria, cuyo tamaño corresponde a un número representativo extraído de acuerdo con fórmula para poblaciones finitas.

Para determinar el tamaño de la muestra general se utilizó la fórmula estadística de proporciones de una población finita.

$$n = \frac{z^2 p q N}{Z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra que se desea encontrar =?

N = Tamaño de la población = 62

Z = Nivel de confianza al 95% establecido por el investigador = 1.96

p = Probabilidad de éxito (50% ó 0,5).

q = Probabilidad de fracaso (50% ó 0,5).

e = Margen de error permisible establecido por el investigador = 0.05

Remplazando valores tenemos:

$$n = \frac{z^2 p q N}{Z^2 p q + e^2 (N-1)}$$

$$(62) (0.5) (0.5) 1.96^2$$

$$n = \frac{(62) (0.5) (0.5) 1.96^2}{(62-1) (0.04^2) + 1.96^2 (0.5) (0.5)} = 62$$

$$(62) (0.9604)$$

$$n = \frac{(62) (0.9604)}{(61 \times 0.0016) + 0.9604}$$

$$59.5448$$

$$n = \frac{59.5448}{0.0976 + 0.9604} = \frac{59.5448}{1.058}$$

$$n = 56.28$$

n (por factor de corrección)

$$n = \frac{56.28}{1 + \frac{56.28}{62}} = \frac{56.28}{1 + 0.9077} = \frac{56.28}{1.9077}$$

N = 29.50

Criterios de inclusión

1. Trabajadoras en el Hospital
2. Trabajadoras de sexo femenino con pareja
3. Trabajadoras de sexo femenino con hijo mayor de tres años en edad escolar

Criterios de exclusión

1. Trabajadoras solteras
2. Trabajadoras sin hijos
3. Trabajadoras sin pareja

Consideraciones éticas

El estudio exige la realización de algunas consideraciones éticas; por ejemplo, mantener en reserva y en forma confidencial las declaraciones de los pacientes encuestados, con el propósito de evitar conflictos de diversa índole.

Definición de variables

Variable predictiva: violencia intrafamiliar

Es la fuerza o dominio ejercido de la persona con más poder sobre la más débil, manifestada en su dimensión física, verbal, psicológica, sexual y económica.

Variable criterio: salud laboral

La salud laboral es entendida como el bienestar de los trabajadores (personal médico y no médico), de acuerdo con la percepción y los sentimientos laborales de los mismos.

Instrumento de Medición

La Variable predictiva (*VP.*): VIOLENCIA INTRAFAMILIAR se midió con el instrumento “Prueba FACES III (IntraFamiliar Adaptability and Cohesión Evaluation Scales) de David Olson”, aplicado en Madrid, España, 2005. Sobre esta base se elaboró el presente instrumento, modificado y validado, por el Dr. Daniel Richard Pérez, Dr. Salomón Vásquez Villanueva y Dr. Luis Córdova, quedando en las condiciones de ser aplicado a la muestra de 30 trabajadores del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, Lima, 2014. La Prueba tiene 48 ítems y mide la adaptabilidad intrafamiliar y consta de las siguientes dimensiones:

- Violencia Física (10 ítems)
- Violencia Verbal (14 ítems)
- Violencia Psicológica (12 ítems)
- Violencia Sexual (07 ítems)
- Violencia Económica (05 ítems)

Además las alternativas de respuestas fueron elaboradas de acuerdo con la escala de Lickert, presentando cinco opciones para cada ítem.

La Variable de Criterio (*VC*): SALUD LABORAL, se midió con el instrumento TO BE IN GOOD HEALTH IN THE WORK de José Carlos MINGOTE, Madrid, España, 2011. El instrumento de la presente investigación tiene 23 ítems que mide la salud laboral, construido con las siguientes dimensiones:

- Percepción laboral (14 ítems)
- Sentimientos laborales (09 ítems)

También las alternativas de respuesta han sido elaboradas según la escala Lickert, presentando cinco opciones para cada ítem.

	Violencia verbal	Maltrato verbalmente a la pareja.	hijo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo (1 punto) 2. Bastante en desacuerdo (2 puntos) 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos) 4. Bastante de acuerdo (4 puntos) 5. Totalmente de acuerdo (5 puntos)
		Desprecio verbalmente a mi hijo.	4. Yo he dado maltrato verbal a mi pareja.	
		Desprecio verbal a mi pareja.	5. Yo he dado desprecio verbal a mi hijo.	
		Omito valorar verbalmente las acciones de mi hijo.	6. Yo he dado desprecio verbal a mi pareja.	
		Omito valorar verbalmente las buenas acciones de mi pareja.	7. Yo he cometido omisión de reconocimiento verbal a mi hijo.	
		Realizo expresiones humillantes a mi hijo	8. Yo he cometido omisión de reconocimiento verbal a mi pareja.	
		Realizo expresiones humillantes a mi pareja.	9. Yo he experimentado expresiones humillantes a mi hijo.	
		Realizo expresiones sarcásticas a mi hijo.	10. Yo he experimentado expresiones humillantes a mi pareja.	
		Realizo expresiones sarcásticas a mi pareja.	11. Yo he experimentado expresiones sarcásticas a mi hijo.	
		Manifiesto expresiones de burlas hacia mi hijo.	12. Yo he experimentado expresiones sarcásticas a mi pareja.	
		Manifiesto expresiones de burlas hacia mi pareja.	13. Yo he experimentado expresiones de burlas a mi hijo.	
	14. Yo he experimentado expresiones de burlas a mi pareja.			

Violencia psicológica	Manifiesto expresiones de reproches hacia mi hijo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo he experimentado expresiones de reproches a mi hijo. 2. Yo he experimentado expresiones de reproches a mi pareja. 3. Yo he realizado amenazas a mi hijo. 4. Yo he realizado amenazas a mi pareja. 5. Yo he realizado desprecio a las opiniones de mi hijo. 6. Yo he realizado desprecio a las opiniones de mi pareja. 7. Yo he realizado desprecio a las tareas de mi hijo. 8. Yo he realizado desprecio a las tareas de mi pareja. 9. Yo he expresado indiferencia a las necesidades de mi hijo. 10. Yo he expresado indiferencia a las necesidades de mi pareja. 	<p>La sumatoria a obtener tiene un valor entre 10 y 50. A mayor valor, un mayor concepto incremental de la violencia psicológica.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo (1 punto) 2. Bastante en desacuerdo (2 puntos) 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos) 4. Bastante de acuerdo (4 puntos) 5. Totalmente de acuerdo (5 puntos)
	Manifiesto expresiones de reproches hacia mi pareja.		
	Realizo amenazas a mi hijo.		
	Realizo amenazas hacia mi pareja.		
	Muestro desprecio a las opiniones de hijo.		
	Muestro desprecio a las opiniones de mi pareja.		
	Realizo un desprecio a las tareas de mi hijo.		
	Realizo desprecio a las tareas de mi pareja.		
	Muestro indiferencia a las necesidades de mi hijo.		
	Muestro indiferencia a las necesidades de mi pareja.		
	Realizo falta de respeto de mi pareja según mi voluntad sexual.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo experimento la falta de respeto de mi pareja a mi voluntad sexual. 2. Yo experimento la falta de respeto de 	<p>La sumatoria a obtener tiene un valor entre 7 y 35. A mayor valor,</p>

	Violencia sexual	Realizo falta de respeto de mi pareja según mi disposición sexual.	3. Mi pareja a mi disposición sexual.	un mayor concepto incremental de la violencia sexual.
		Mi pareja no se preocupa por mi satisfacción sexual.	3. Mi pareja no piensa en mi satisfacción sexual.	
		Con mi pareja sostengo relaciones sexuales forzadas.	4. Con mi pareja tengo relaciones sexuales forzadas.	
		Las relaciones sexuales con mi pareja se dan sin mi consentimiento.	5. Las relaciones sexuales con mi pareja se dan sin consentimiento.	
		Las relaciones sexuales con mi pareja se dan dentro de los periodos menstruales.	6. Las relaciones sexuales con mi pareja se dan dentro de los periodos menstruales.	
		Las relaciones sexuales con mi pareja se dan contranatura.	7. Las relaciones sexuales con mi pareja se dan en contranatura.	
	Violencia	Mi pareja no cumple con los alimentos para mis hijos.	1. Mi pareja no le compra sus alimentos a mis hijos.	La sumatoria a obtener tiene un valor entre 5 y 25. A mayor valor, un mayor concepto incremental de la violencia económica.
		Mi pareja no compra ropa para mis hijos.	2. Mi pareja no le compra su ropa a mis hijos.	
		Mi pareja no lleva al médico a mis hijos.	3. Mi pareja no lleva al médico a mis hijos.	
		Mi pareja no le da propina a mis hijos.	4. Mi pareja no le da propina a mis hijos.	
		5. Mi pareja no le compra juguetes a mis hijos.	5. Totalmente de acuerdo (5 puntos)	
			1. Totalmente en desacuerdo (1 punto)	
			2. Bastante en desacuerdo (2 puntos)	
			3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos)	
			4. Bastante de acuerdo (4 puntos)	
			5. Totalmente de acuerdo (5 puntos)	

	económica	Mi pareja no le compra juguetes a mis hijos.		puntos)
Salud Laboral	Percepción laboral	Percibo de órdenes de los jefes a sus subordinados.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Yo percibo las órdenes de los jefes a los subordinados. 2. Yo percibo las imposiciones de los jefes a los subordinados. 3. Yo percibo las exigencias desmesuradas de los jefes a los subordinados. 4. Yo percibo los tratos indebidos de los jefes a los subordinados. 5. Yo percibo los abusos de los jefes contra los subordinados. 6. Yo percibo la intolerancia de los jefes a los subordinados. 7. Yo percibo el desprecio contra los jefes a los subordinados. 8. Yo percibo la persecución de los jefes contra los subordinados. 9. Yo percibo la rivalidad de los trabajadores. 10. Yo percibo la intolerancia de los trabajadores. 11. Yo percibo la enemistad de los trabajadores. 12. Yo percibo la falta de compañerismo en los trabajadores. 13. Yo percibo la falta de solidaridad en los trabajadores. 14. Yo percibo la alteración emocional en los trabajadores 	<p>La sumatoria a obtener tiene un valor entre 14 y 70. A mayor valor, un mayor concepto incremental de la percepción laboral negativa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Totalmente en desacuerdo (1 punto) 2. Bastante en desacuerdo (2 puntos) 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos) 4. Bastante de acuerdo (4 puntos) 5. Totalmente de acuerdo (5 puntos)
		Percibo las imposiciones de los jefes hacia los subordinados.		
		Percibo las exigencias desmesuradas de los jefes hacia sus subordinados.		
		Percibo los tratos indebidos de los jefes hacia los subordinados.		
		Percibo el abuso de los jefes contra los subordinados.		
		Percibo intolerancia de los jefes a los subordinados.		
		Percibo el desprecio de los subordinados hacia los jefes.		
		Percibo la persecución de los jefes contra los subordinados.		
		Percibo rivalidad entre los trabajadores.		

		Percibo intolerancia de los trabajadores.		
		Percibo enemistad de los trabajadores laboral de los trabajadores.		
		Percibo falta de compañerismo entre los trabajadores.		
		Percibo falta de solidaridad entre los trabajadores.		
		Percibo alteración emocional en los trabajadores.		
		Experimento sentimientos de impotencia laboral.		
		Experimento sentimientos de resignación laboral.		
		Experimento sentimientos de imposibilidad laboral.		
		Experimento sentimientos de conformismo laboral		
		Experimento sentimientos de		

		aislamiento laboral.		
		Experimento sentimientos de indiferencia laboral.		
		Experimento sentimientos de nostalgia laboral.		
		Experimento sentimientos de insatisfacción laboral.		
		Experimento sentimientos de rebeldía laboral.		

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizó para la recolección de los datos son dos cuestionarios que medirán las variables: Violencia intrafamiliar y Salud laboral de los trabajadores.

Validación del instrumento

Los dos instrumentos con los que trabajó la investigación, son cuestionarios validados por juicio de expertos, prueba piloto y confiabilidad estadística.

Procedimiento para la recolección de datos

Para la recolección de la información se dio los siguientes pasos:

Autorización. Se conseguirán los permisos necesarios para recolectar los datos ante el Comité de Investigación del Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

Tiempo. La recolección de la información se realizará durante los meses de febrero a mayo del 2014.

Recursos. Se contará con el apoyo de un grupo de enfermeras del Hospital. Se gestionaron recursos financieros para cubrir los gastos de papelería, incentivos, pasajes, viáticos, equipos e instrumentos.

También se le explicará al paciente que debe contestar cada pregunta tal como se indicaba en el cuestionario; luego se le indicará el tiempo necesario para responder la encuesta.

El paciente podrá responder la encuesta solo o acompañado. En caso de estar acompañado, se le pedirá ayuda al custodio para el llenado del cuestionario. En ocasiones excepcionales, la enfermera o el investigador serán quien llene la encuesta.

Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos recolectados se procesaron mediante el paquete estadístico computacional Statistical Package of the Social Sciences (SPSS), versión 20.0. Las técnicas estadísticas utilizadas para analizar los datos correspondientes a los objetivos de la investigación serán descriptivas e inferenciales. Se aplicará medidas de tendencia central y de variación. Para la verificación de la relación entre variables, se utilizará la prueba regresión ordinal y el coeficiente de correlación de spearman (r). Los resultados obtenidos se agruparán según los objetivos del estudio, los mismos que serán expuestos mediante tablas y figuras.

Validación del instrumento

Este instrumento fue revalidado por juicio de expertos, quienes validaron las preguntas que fueran las pertinentes para esta investigación, además de ser semántica y gramaticalmente correctas. Además también fue sometido a la prueba de alfa de Cronbach, para corroborar su revalidación, con un alfa de 0.95 de confiabilidad.

Tabla 3. *Resultados de validez del instrumento de investigación*

		N	%
Casos	Válidos	30	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
Total		30	100,0

a Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 4. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,951	46

El método que se utiliza para comprobar la fiabilidad del cuestionario es el Alfa de Cronbach. En este sentido, se trata de un índice de consistencia interna que tiene valores entre 0 y 1, sirve para comprobar si el instrumento evaluado recopila información defectuosa y, por tanto, no nos conduciría a conclusiones equivocadas o si se trata de un instrumento fiable que hace mediciones estables y consistentes. Alfa es, en efecto, un coeficiente de correlación al cuadrado el cual, a grandes rasgos, mide la homogeneidad de las preguntas promediando todas las correlaciones entre los ítems para observar que efectivamente, se aproximan. La ecuación de Alfa de Cronbach es:

$$\alpha = \frac{np}{1+p(n-1)}$$

Donde

n= el número de ítems

p= el promedio de las correlaciones lineales entre cada uno de los ítems.

La estimación de Alfa de Cronbach es alta, garantiza que las puntuaciones percibidas son datos fiables de las respectivas características consideradas.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Características demográficas de la muestra

Tabla 5. Descripción demográfica

Género del encuestado	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	30	100,0
Edad del encuestado		
De 25 a 29	9	30,0
De 30 a 34	11	36,7
De 35 a 39	5	16,7
De 40 a 44	4	13,3
De 45 a 49	1	3,3
Total	30	100,0
Nivel de estudios del paciente		
Superior no universitaria	14	46,7
Superior universitaria	16	53,3
Total	30	100,0
Nivel de estudios del padre del paciente		
Primaria	3	10,0
Secundaria	14	46,7
Superior no universitaria	5	16,7
Superior universitaria	8	26,7
Total	30	100,0
Nivel de estudios de la madre del paciente		
Primaria	5	16,7
Secundaria	12	40,0
Superior no universitaria	5	16,7
Superior universitaria	8	26,7
Total	30	100,0

Región de procedencia del paciente		
Costa	13	43,3
Sierra	12	40,0
Selva	5	16,7
Total	30	100,0
Región de procedencia del padre del paciente		
Costa	13	43,3
Sierra	12	40,0
Selva	5	16,7
Total	30	100,0
Región de procedencia de madre del paciente		
Costa	10	33,3
Sierra	16	53,3
Selva	3	10,0
Extranjero	1	3,3
Total	30	100,0
Condición ocupacional del paciente		
Profesional	25	83,3
No profesional	5	16,7
Total	30	100,0
Condición ocupacional del padre del paciente		
Profesional	6	20,0
No profesional	24	80,0
Total	30	100,0
Condición ocupacional de la madre del paciente		
Profesional	7	23,3
No profesional	23	76,7
Total	30	100,0
Número de hijos del paciente		
Un hijo	14	46,7
Dos hijos	10	33,3
Tres hijos	5	16,7
Cuatro hijos	1	3,3
Total	30	100,0

Número de hermanos del paciente		
Un hermano	9	30,0
Dos hermanos	6	20,0
Tres hermanos	5	16,7
Cuatro hermanos	6	20,0
Más de cuatro	4	13,3
Total	30	100,0

Estado civil del paciente		
Casada	16	53,3
Conviviente	10	33,3
Separada	3	10,0
Divorciada	1	3,3
Total	30	100,0

Estado civil del padre del paciente		
Casado	20	66,7
Conviviente	7	23,3
Separado	3	10,0
Total	30	100,0

Estado civil de la madre del paciente		
Casado	20	66,7
Conviviente	7	23,3
Separado	3	10,0
Total	30	100,0

De acuerdo con esta tabla, las variables demográficas trabajadas en el presente estudio fueron: el género, la edad, nivel de estudios del paciente, nivel de estudios del padre, nivel de estudios de la madre, región de procedencia del paciente, región de procedencia del padre, región de procedencia de la madre, condición ocupacional del paciente, condición ocupacional del padre, condición ocupacional de la madre, número de hijos del paciente, número de hermanos del paciente, estado civil del paciente, estado civil del padre y estado civil de la madre. La muestra estuvo constituida por el 100 % de pacientes mujeres.

La edad se ubica entre 25 y 49 años. El 36.7 % y el 30.0 % de los pacientes tienen edades ubicadas entre 30 y 34 y entre 25 y 29 años, respectivamente. Los porcentajes menores corresponden al 16.7 %, 13.3 y al 3.3%, cuyas edades se ubican entre 35 y 39, 40 y 44, y entre 45 y 49 años, respectivamente.

Se observa que con respecto al nivel de estudios de los pacientes, que el 53.3% alcanzaron un nivel de estudios superior universitario y que el 46.7% alcanzaron el nivel de estudios no superiores.

Sobre el nivel de estudios de los padres, el 46.7% y 26.7% son los porcentajes más altos, que corresponden a los niveles de estudios de secundaria y superior universitario respectivamente, los porcentajes menores son de 16.7% y 10% correspondientes a niveles de superior no universitaria y primaria respectivamente.

Sobre el nivel de estudios de las madres, el 40% y 26.7% son los porcentajes más altos, que corresponden a los niveles de estudios de secundaria y superior universitario respectivamente, los porcentajes menores son de 16.7% y 16.7% correspondientes a niveles de superior no universitaria y primaria respectivamente.

Sobre la región de procedencia de las pacientes, el 43.3% y 40%, provienen de la costa y de la sierra respectivamente, el porcentaje menores es de 16.7% que muestra procedencia de las pacientes de la selva.

Sobre la región de procedencia de los padres de las pacientes, el 43.3% y 40%, provienen de la costa y de la sierra respectivamente, el porcentaje menores es de 16.7% que muestra procedencia de los padres de las pacientes de la selva, mostrando un posible fenómeno que indica que los padres hacen que sus hijos nazcan en la misma región que ellos.

Sobre la región de procedencia de las madres de las pacientes, el 53.3% y 33.3%, provienen de la sierra y de la costa respectivamente, los porcentajes menores son de 10% y 3.3% que muestra procedencia de las madres pacientes de la selva y el extranjero respectivamente.

Sobre la condición ocupacional de las pacientes, el 83.3% de las pacientes son de condición ocupacional profesional y el 16.7% no profesional; los padres de las pacientes en su mayoría, representados por el 80% son de condición no profesional y el 20% no profesional; en relación a las madres de las pacientes, el 76.7% son de condición ocupacional no profesional y el 23.3% profesionales.

Sobre el número de hijos de las pacientes, el 46.7% y el 33.3% tiene un hijo y dos hijos respectivamente y el 16.7% y 3.3% tiene tres hijo y cuatro hijos respectivamente.

Sobre el número de hermanos de las pacientes, el 30%, 20% y el 20% tiene un hermano, dos hermanos y cuatro hermanos respectivamente y el 16.7% y 13.3% tiene tres hermanos y más de cuatro hermanos respectivamente.

Sobre el estado civil de las pacientes, el 53.3% y 33.3%, son de condición civil casada y conviviente respectivamente, los porcentajes menores son de 10% y 3.3% son de condición civil separada y divorciada.

Sobre el estado civil de los padres de las pacientes, el 66.7% y 23.3%, son de condición civil casado y conviviente respectivamente y el 10% es de condición separados.

Sobre el estado civil de las madres de las pacientes, el 66.7% y 23.3%, son de condición civil casado y conviviente respectivamente y el 10% es de condición separadas.

Prueba de hipótesis

Modelo 1

Los tres modelos a los que recurre en este espacio de la prueba de hipótesis, corresponden a los modelos estadísticos generados especialmente para la explicación y la precisión de los procedimientos respectivos desde el punto de vista de los parámetros estadísticos.

Formulación de las hipótesis estadísticas

$$H_0: R_{X_1 X_2 X_3 X_4 X_5 Y_1} = 0$$

H_0 : Entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente existe una correlación igual a cero.

$$H_1: R_{X_1 X_2 X_3 X_4 X_5 Y_1} \neq 0$$

H_1 : Entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente existe una correlación diferente de cero.

Criterios de decisión:

Si $\sigma < \alpha$ se rechaza H_0

Si $\sigma > \alpha$ se acepta H_0

Análisis del modelo

Según la tabla 6, denominado Resumen del modelo, podemos observar que el valor del coeficiente de correlación que existe entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente es $R = 0.468$; indicando una correlación inferior, próxima a la media.

Tabla 6. Modelo 1a. Resumen del modelo

Modelo 1a. Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
	,468 ^a	,219	,056	7,414

a. Variables predictoras: (Constante), Violencia económica sufrida por el paciente, Violencia verbal sufrida por el paciente, Violencia física sufrida por el paciente, Violencia psicológica sufrida por el paciente, Violencia sexual sufrida por el paciente

De acuerdo con la tabla 7, se observa que el valor de $F = 1.345$ con 5 grados de libertad, lo que se traduce que entre las cinco dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente sí hay una dependencia.

Tabla 7. Modelo 1b. ANOVA

Modelo 1b. ANOVA ^a					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	369,643	5	73,929	1,345	,280 ^b
Residual	1319,157	24	54,965		
Total	1688,800	29			

a. Variable criterio: Percepción laboral tal como lo percibe el paciente

b. Variables predictoras: (Constante), Violencia económica sufrida por el paciente, Violencia verbal sufrida por el paciente, Violencia física sufrida por el paciente, Violencia psicológica sufrida por el paciente, Violencia sexual sufrida por el paciente

Según la tabla 8, la ecuación del modelo resultante es $Y1 = 22.110 - 0.191 X1 + 0.236 X2 + 1.689 X3 - 1.103 X4 - 0.928 X5$; esta ecuación aporta a la explicación de la dimensión percepción laboral tal como lo percibe el paciente relacionada con la variable violencia intrafamiliar. El modelo explica un 21.9 % de la varianza de la variable criterio; es decir, las dimensiones de la variable (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” predicen el comportamiento de la variable de criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente. De las cinco dimensiones de la variable violencia intrafamiliar, la que tiene el coeficiente de valor más alto es violencia psicológica sufrida por el paciente con $B = 1.1689$, indicando que a mayor nivel de manifestación de expresiones de reproches hacia mi hijo, manifestación de expresiones de reproches hacia mi pareja, realización de amenazas a mi hijo, realización de amenazas a mi pareja, muestra de desprecio a las opiniones de mi hijo, muestra de desprecio a las opiniones de mi pareja, realización de un desprecio a las tareas de mi hijo, realización de un desprecio a las tareas de mi pareja, muestra de indiferencia a las necesidades de mi hijo, muestra de indiferencia a las necesidades de mi pareja, mayor será la percepción laboral tal como la percibe el

paciente; las demás betas son altas. En resumen, “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” explican la percepción laboral tal como la percibe el paciente, pues se acepta la hipótesis nula, esto es, el valor de signo supera al valor de alfa; en efecto: 1) violencia física sufrida por el paciente, signo = 0.666 > $\alpha = 0.05$; 2) violencia verbal sufrida por el paciente, signo = 0.637 > $\alpha = 0.05$; 3) violencia psicológica sufrida por el paciente, signo = 0.032 < $\alpha = 0.05$; ; 4) violencia sexual sufrida por el paciente, signo = 0.189 > $\alpha = 0.05$; ; 5) violencia económica sufrida por el paciente, signo = 0.134 > $\alpha = 0.05$.

Tabla 8. Modelo 1c. Coeficientes

Modelo 1c. Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.
	B	Error típ.	Beta	T	
(Constante)	22,110	10,554		2,095	,047
Violencia física sufrida por el paciente	-,191	,436	-,126	-,438	,666
Violencia verbal sufrida por el paciente	,236	,494	,171	,478	,637
Violencia psicológica sufrida por el paciente	1,689	,744	,760	2,271	,032
Violencia sexual sufrida por el paciente	-1,103	,815	-,516	-1,353	,189
Violencia económica sufrida por el paciente	-,928	,598	-,390	-1,553	,134

a. Variable criterio: Percepción laboral tal como lo percibe el paciente

Modelo 2

Formulación de las hipótesis estadísticas

$$H_0: R_{X_1 X_2 X_3 X_4 X_5 Y_2} = 0$$

H₀: Entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente existe una correlación igual a cero.

H₁: $R_{X_1 X_2 X_3 X_4 X_5 Y_1 Y_2} \neq 0$

H₁: Entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente existe una correlación diferente de cero.

Criterios de decisión

Si $\text{signo} < \alpha$ se rechaza H₀

Si $\text{signo} > \alpha$ se acepta H₀

Análisis de modelo

Según la tabla 9, denominado *Resumen del modelo*, podemos observar que el valor del coeficiente de correlación que existe entre las dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente es $R = 0.208$; indicando una correlación positiva, inferior a la media.

Tabla 9. Modelo 2a. Resumen del modelo

Modelo 2a. Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
	,208 ^a	,043	-,156	7,791

a. Variables predictoras: (Constante), Violencia económica sufrida por el paciente, Violencia verbal sufrida por el paciente, Violencia física sufrida por el paciente, Violencia psicológica sufrida por el paciente, Violencia sexual sufrida por el paciente

De acuerdo con la tabla 10, se observa que el valor de $F= 0.218$ con 5 grados de libertad, lo que se traduce que entre las cinco dimensiones de la variable predictora (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente”, y la variable criterio: Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente sí hay una dependencia.

Tabla 10. Modelo 2b. ANOVA

Modelo 2b. ANOVA^a					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	66,104	5	13,221	,218	,951 ^b
Residual	1456,862	24	60,703		
Total	1522,967	29			

a. Variable criterio: Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente

b. Variables predictoras: (Constante), Violencia económica sufrida por el paciente, Violencia verbal sufrida por el paciente, Violencia física sufrida por el paciente, Violencia psicológica sufrida por el paciente, Violencia sexual sufrida por el paciente

Según la tabla 11, la ecuación del modelo resultante es $Y1= 25.457 - 0.173 X1 + 0.303 X2 - 0.245 X3 - 0.468 X4 + 0.608 X5$; esta ecuación aporta a la explicación de la dimensión Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente relacionada con la variable violencia intrafamiliar. El modelo explica un 4.3 % de la varianza de la variable criterio; es decir, las dimensiones de la variable (violencia

intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” predicen el comportamiento de la variable de criterio: Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente. De las cinco dimensiones de la variable violencia intrafamiliar, la que tiene el coeficiente de valor más alto es violencia económica sufrida por el paciente con $B = 0.608$, indicando que a mayor nivel de incumplimiento de la pareja con los alimentos para mis hijos, falta de compra de ropa para mis hijos, descuido médico hacia mis hijos por parte de mi pareja, ausencia de propinas hacia mis hijos por parte de mi pareja y ausencia de juguetes que mi pareja no le compra a mis hijos, mayor serán los sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente; las demás betas son altas. En resumen, “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” explican los sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente, pues se acepta la hipótesis nula, esto es, el valor de signo supera al valor de alfa; en efecto: 1) violencia física sufrida por el paciente, signo = $0.710 > \alpha = 0.05$; 2) violencia verbal sufrida por el paciente, signo = $0.565 > \alpha = 0.05$; 3) violencia psicológica sufrida por el paciente, signo = $0.756 > \alpha = 0.05$, ; 4) violencia sexual sufrida por el paciente, signo = $0.590 > \alpha = 0.05$, ; 5) violencia económica sufrida por el paciente, signo = $0.343 > \alpha = 0.05$.

Tabla 11. Modelo 2c. Coeficientes

Modelo 2c. Coeficientes^a

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		
	B	Error típ.	Beta	t	Sig.
(Constante)	25,457	11,092		2,295	,031
Violencia física sufrida por el paciente	-,173	,458	-,120	-,377	,710
Violencia verbal sufrida por el paciente	,303	,519	,231	,584	,565
Violencia psicológica sufrida por el paciente	-,245	,782	-,116	-,314	,756
Violencia sexual sufrida por el paciente	-,468	,857	-,230	-,546	,590
Violencia económica sufrida por el paciente	,608	,628	,269	,968	,343

a. Variable criterio: Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente

Modelo 4

Formulación de las hipótesis estadísticas

$$H_0: R_{xy} = 0$$

H_0 : Entre la variable predictora: violencia intrafamiliar práctica de valores y la variable criterio: salud laboral existe una correlación igual a cero.

$$H_1: R_{xy} \neq 0$$

H_1 : Entre la variable predictora violencia intrafamiliar práctica de valores y la variable criterio: salud laboral existe una correlación diferente de cero.

Criterios de decisión

Si $\text{signo} < \alpha$ se rechaza H_0

Si $\text{signo} > \alpha$ se acepta H_0

Análisis de modelo

Según la tabla 12, denominado *Resumen del modelo*, podemos observar que el valor del coeficiente de correlación que existe entre la variable predictora violencia intrafamiliar y la variable criterio salud laboral es $R = 0.025$; indicando una correlación positiva, muy inferior a la media.

Tabla 12. Modelo 3a. Resumen del modelo

Modelo 3a. Resumen del modelo				
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
	,025 ^a	,001	-,035	12,529

a. Variables predictoras: (Constante), Violencia intrafamiliar

De acuerdo con la tabla 13, se observa que el valor de $F = 0.017$ con 1 grados de libertad, lo que se traduce que la variable predictora violencia intrafamiliar y la variable criterio: salud laboral.

Tabla 13. Modelo 3b. ANOVA

Modelo 3b. ANOVA^a					
Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	2,681	1	2,681	,017	,897 ^b
Residual	4395,486	28	156,982		
Total	4398,167	29			

a. Variable dependiente: Salud Laboral

b. Variables predictoras: (Constante), Violencia intrafamiliar

Según la tabla 14, la ecuación del modelo resultante es $Y = 61.047 + 0.019X$; esta ecuación aporta a la explicación de la variable violencia intrafamiliar. El modelo explica un 0.1 % de la varianza de la variable criterio; es decir, la variable violencia intrafamiliar predice el comportamiento de la variable de criterio: salud laboral. El coeficiente de variable predictora: violencia intrafamiliar es $B = 0.019$, indicando que esta variable explica totalmente la salud laboral. En resumen la violencia intrafamiliar

explica fuertemente la salud laboral, pues se acepta la hipótesis nula, esto es, el valor de signo es mayor al valor de alfa; en efecto, $\text{signo} = 0.897 > \alpha = 0.05$.

Tabla 14. Modelo 2c. Coeficientes

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados		Sig.
	B	Error típ.	Beta	t	
(Constante)	61,047	13,859		4,405	,000
Violencia intrafamiliar	,019	,143	,025	,131	,897

a. Variable dependiente: Salud Laboral

Interpretación de los resultados. Como los valores de p son menores que 0.05, se puede concluir que las dimensiones violencia física y violencia verbal repercuten tanto individual como conjuntamente de una manera **significativa diferente** sobre la dimensión percepción laboral.

Tabla 15. Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia física y violencia verbal

Pruebas de los efectos inter-sujetos					
Variable criterio: Promedio de la percepción laboral en el lugar de trabajo					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	8,277 ^a	17	,487	17,220	,000
Intersección	151,336	1	151,336	5352,527	,000
VIOLFISMEDIA	1,363	4	,341	12,054	,000
VIOLVERBMEDIA	2,841	7	,406	14,357	,000
VIOLFISMEDIA *	,000	0			
VIOLVERBMEDIA					
Error	,339	12	,028		
Total	209,194	30			
Total corregida	8,616	29			

a. R cuadrado = ,961 (R cuadrado corregida = ,905)

Interpretación de los resultados. Como los valores de p son menores que 0.05, se puede concluir que las dimensiones de violencia psicológica y violencia sexual repercuten tanto individual como conjuntamente de una manera **significativa diferente** sobre la dimensión percepción laboral.

Tabla 16. Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia psicológica y violencia sexual.

Pruebas de los efectos inter-sujetos					
Variable criterio: Promedio de la percepción laboral en el lugar de trabajo					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	8,096 ^a	15	,540	14,532	,000
Intersección	149,555	1	149,555	4026,604	,000
VIOLPSICOMEDIA	2,451	7	,350	9,427	,000
VIOLSEXMEDIA	1,705	6	,284	7,651	,001
VIOLPSICOMEDIA *	,000	0	.	.	.
VIOLSEXMEDIA					
Error	,520	14	,037		
Total	209,194	30			
Total corregida	8,616	29			

a. R cuadrado = ,940 (R cuadrado corregida = ,875)

Interpretación de los resultados. Como los valores de p son menores que 0.05, se puede concluir que las dimensiones de violencia económica y violencia psicológica repercuten tanto individual como conjuntamente de una manera **significativa diferente** sobre la dimensión percepción laboral.

Tabla 17. Resultados de análisis de varianza univariante de la dimensión percepción laboral vs violencia económica y violencia psicológica.

Pruebas de los efectos inter-sujetos					
Variable criterio: Promedio de la percepción laboral en el lugar de trabajo					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	8,521 ^a	17	,501	63,156	,000
Intersección	149,199	1	149,199	18799,118	,000
VIOLECONMEDIA	2,130	8	,266	33,543	,000
VIOLPSICOMEDIA	2,863	7	,409	51,533	,000
VIOLECONMEDIA *	,000	0	.	.	.
VIOLPSICOMEDIA					
Error	,095	12	,008		
Total	209,194	30			
Total corregida	8,616	29			

a. R cuadrado = ,989 (R cuadrado corregida = ,973)

Como ambas violencias tienen el p igual a 0, entonces podemos afirmar que estas dos dimensiones repercuten o influyen en una manera significativamente la dimensión sentimientos laborales.

Tabla 18. Anova factorial entre sentimientos laborales vs violencia económica.

Pruebas de los efectos inter-sujetos					
Variable criterio: Promedio de sentimiento laboral en el lugar de trabajo.					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	18,469 ^a	17	1,086	39,110	,000
Intersección	201,227	1	201,227	7244,162	,000
VIOLECONMEDIA	8,695	8	1,087	39,126	,000
VIOLPSICOMEDIA	9,045	7	1,292	46,519	,000
VIOLECONMEDIA *	,000	0	.	.	.
VIOLPSICOMEDIA					
Error	,333	12	,028		
Total	281,519	30			
Total corregida	18,802	29			

a. R cuadrado = ,982 (R cuadrado corregida = ,957)

Todas estas dimensiones de violencia repercuten significativamente en los sentimientos laborales.

Tabla 19. Anova factorial para sentimientos laborales vs violencia sexual y violencia verbal.

Pruebas de los efectos inter-sujetos

Variable criterio: Promedio de sentimiento laboral en el lugar de trabajo.

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	18,547 ^a	18	1,030	44,423	,000
Intersección	227,742	1	227,742	9818,615	,000
VIOLSEXMEDIA	2,005	4	,501	21,609	,000
VIOLVERBMEDIA	12,632	9	1,404	60,510	,000
VIOLSEXMEDIA *	,014	1	,014	,608	,452
VIOLVERBMEDIA					
Error	,255	11	,023		
Total	281,519	30			
Total corregida	18,802	29			

a. R cuadrado = ,986 (R cuadrado corregida = ,964)

Discusión

Giraldo, Manrique y Torre (2007) realizan el estudio, cuyo diseño metodológico fue de tipo descriptivo, de corte transversal, en una muestra de 459 alumnas. Los resultados fueron analizados según el cálculo porcentual, la familia de las adolescentes presenta características en el factor económico: el 62.75% de los padres tiene trabajo independiente, reporta un ingreso mínimo, el 71.89% satisface solo necesidades de alimentación y educación, así mismo los problemas económicos en el hogar se dan con 58.61% por falta de dinero para la comida y el 24.17% presenta padres con desempleo.

En el factor social, el 60.57% presenta enfermedad y son de tipo emocional y psicológico (estrés, crisis de ansiedad, depresión, etc.). El 64.05% de adolescentes presenta maltrato físico con el empleo de las manos (golpes) por partes de los padres y el 74.74% con maltrato psico emocional siendo agredidas verbalmente con insultos.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El modelo explica un 21.9 % de la varianza de la variable criterio; es decir, las dimensiones de la variable (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” predicen el comportamiento de la variable de criterio: percepción laboral tal como lo percibe el paciente.

El modelo explica un 4.3 % de la varianza de la variable criterio; es decir, las dimensiones de la variable (violencia intrafamiliar): “violencia física sufrida por el paciente”, “violencia verbal sufrida por el paciente”, “violencia psicológica sufrida por el paciente”, “violencia sexual sufrida por el paciente” y “violencia económica sufrida por el paciente” predicen el comportamiento de la variable de criterio: Sentimientos laborales tal como lo experimenta el paciente.

El modelo explica un 0.1 % de la varianza de la variable criterio; es decir, la variable violencia intrafamiliar predice el comportamiento de la variable de criterio: salud laboral. El coeficiente de variable predictora: violencia intrafamiliar es $B=0.019$, indicando que esta variable explica totalmente la salud laboral.

De acuerdo con los cuadros 1,2 y 3, se concluye que sí existe relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral; por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, porque el valor de “p” es inferior al valor de $\alpha = 0.05$. Es decir: 1) violencia física sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia verbal sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia psicológica sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia sexual sufrida por el paciente ($p = 0.00$) y violencia económica sufrida por el paciente ($p = 0.00$), en la condición de dimensiones de violencia intrafamiliar son predictoras de una manera significativa de la dimensión percepción laboral.

De conformidad con los cuadros 4 y 5, se concluye que sí existe la relación de la violencia intrafamiliar con los sentimientos laborales; por lo tanto, se acepta la hipótesis alternativa, porque el valor de “p” es inferior al valor de $\alpha = 0.05$. Es decir: 1) violencia física sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia verbal sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia psicológica sufrida por el paciente ($p = 0.00$), violencia sexual sufrida por el paciente ($p = 0.00$) y violencia económica sufrida por el paciente ($p = 0.00$), en la condición de dimensiones de violencia intrafamiliar son predictoras de una manera significativa de la dimensión sentimientos laborales.

Recomendaciones

Realizar estudios sobre la violencia intrafamiliar en los diversos grupos ocupacionales del Hospital José Agurto Tello, Chosica, siguiendo un enfoque mixto: cuantitativo y cualitativo, con el propósito de indagar si el personal médico y no médico tienen comportamiento que revela violencia intrafamiliar.

Realizar estudios sobre las mismas variables y utilizando el mismo instrumento en otros establecimientos de salud, con el propósito de indagar la violencia intrafamiliar dentro de los establecimientos de salud adscritos al Ministerio de Salud.

Difundir los resultados de la investigación en el Hospital José Agurto Tello, Chosica, con el propósito de estimular la sensibilidad de los trabajadores del sector de salud respecto de la violencia intrafamiliar y la salud laboral, evitando de esta manera la extensión de las consecuencias de la primera a los centros o establecimientos de salud.

Proponer la elaboración y desarrollo de un programa educativo, con el propósito de prevenir las consecuencias de la violencia intrafamiliar y sus repercusiones sobre la salud laboral, en los trabajadores del Hospital José Agurto Tello, Chosica.

REFERENCIAS

- Agudelo, L. M.; Giraldo, C. A.; Gaviria, M. B.; Sandoval, C. A.; Rodríguez, M. A.; Gómez, J. F.; Gallón, A. & Pérez, A. (2002). *Características de las familias y de las escuelas relacionadas con los comportamientos agresivos y prosociales en niños y niñas de 3 a 11 años*. Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad de Antioquia, Colciencias.
- Atjonen, P., Kordeakoski, E. y Mehtaläinen, J. (2011). *Key pedagogical principles and their major obstacles as perceived by comprehensive school teachers*. *Teachers and Teaching: theory and practice*, 17 (3), 273-288.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: La Caixa (colección Estudios Sociales N° 10).
- Almirall, P. (1996). *Ergonomía, Trabajo y salud*. La Habana: Instituto de Medicina del Trabajo.
- Amor, Pedro J.; Echeburúa, Enrique; Paz De Corral; Sarasua, Belén; Zubizarreta, Irene. (2001). *Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: Un estudio comparativo*. En *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, volumen 6. Número 3 pp. 167-178. Universidad del País Vasco.
- Barría, M. (2002). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile*. 6(4). Disponible en el World Wide Web: <[www.ergonomia.cl/burnout chile.html](http://www.ergonomia.cl/burnout%20chile.html)>.
- Barth, A.R. (1997). *Burnout bei Lehrern: theoretische Aspekte und Ergebnisse einer Untersuchung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Blitchtein-Winicki, Dora y Reyes-Solari, Esperanza. *Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007*. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. 2012; 29(1): 35-43.
- Bringiotti, María Inés; Samaniego, C. (2003). *La crisis socioestructural argentina y su impacto en la infancia*. *Rev. Bienestar y Protección Infantil*. Dec; 2(1): 79-91.
- Bringiotti, María Inés. (2005). *Las familias en "situación de riesgo" en los casos de violencia familiar y maltrato infantil*. *Texto Contexto Enfermería*, Florianópolis; 14 (Esp.): 78-85.
- Calvete, E. y Vila, A. (1997). *Programa Deusto 14-16. Evaluación e intervención en el estrés docente*. Bilbao: Ed. Mensajero.
- Calvete, E. y Vila, A. (2000). *Burnout y síntomas psicológicos: Modelo de medida y relaciones estructurales*. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.

- Campbell, J.C. (2002). *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet; 359:1331-1336.
- Castro, Roberto y Riquer, Florinda. (2003). *La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos*. En Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):135-146, jan-fev.
- Cook, R. (1993). *El derecho internacional y la salud en la mujer*. Publicación científica N° 542. Organización Panamericana de la Salud. México: OPS.
- Coker, A.L.; Smith, P.H.; McKeown, R.E.; King, M.J. *Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering*. Am J Public Health. 2000; 90:553-559.
- Concha, Alberto. (2002). *Impacto social y económico de la violencia en las Américas*. En: Biomédica, diciembre, volumen 22, Suplemento 2, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia, pp. 347-361.
- Dodge, K., Bates, J. E. & Pettit, G. S. (2003, Abril 7). *Preventing aggressive behavior early in life: Comments on Webster-Stratton, Lochman, and Domitrovich and Greenberg*. En R. E. Tremblay, R. G. Barr, R de V Peters (Eds.). *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado el 25 de enero de 2005 de <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/DodgeANGxp.pdf>.
- Erick, P. y Smith, D.R. (2011). *A systematic review of musculoskeletal disorders among school teachers*. BCM Musculoskeletal Disorders, 12, 260-271. Doi:10.1186/1471-2474-12-260.
- Espinal Caro, Gladys Margot. *Enfermedades psicósomáticas y su relación con la dinámica familiar de los pacientes del Hospital Nacional "Ramiro Prialé Prialé" ESSALUD, Huancayo, 2013*. Tesis presentada para optar el grado académico de Magíster en Ciencias de la Familia con mención en Terapia Familiar, Universidad Peruana Unión, Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de Ciencias de la Familia. 2014.
- Evaluación y control de Riesgos Industriales. Manual del participante Fundado 2005.
- Extremera, N., Duran, A. y Rey, L. (2010). *Recursos personales, síndrome de estar quemado por el trabajo y sintomatología asociada al estrés en docentes de enseñanza primaria y secundaria*. Ansiedad y Estrés, 16 (1), 47-60.
- Fernández Puig, Victoria. *Evaluación de la salud laboral docente: estudio psicométrico del cuestionario de salud docente*. Tesis doctoral. Universitat Ramon Llull. Facultat de Psicologia, Ciències, de l'Educació i l'Esport Balnquerna. 2014.
- Fernández, J. M., Pérez, D. & Carrasco, S. (2002). *Impulsividad cognitiva en menores maltratados: factores influyentes*. Universitas Psychologica, 1(2), 21-26.

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Progreso para la infancia. Un balance sobre la protección de la niñez, Número 8, septiembre de 2009. New York, UNICEF. Disponible en: www.unicef.org/spahish.
- Fredrickson, B.L. y Joiner, T. (2002). *Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being*. American Psychological Society, 13 (2), 172-175.
- García-Linares, M.I.; Sánchez-Lorente, S.; Coe, C.L.; Martínez, M. *Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women*. Psychosom Med. 2004; 66:965-972.
- Gil-Monte, P.; Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, Pedro R. *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería*. Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, Nº 1- Ago 2003 – p. 19-33, Universidad de Valencia, Departamento de Psicobiología y Psicología Social.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1999). *Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo*. Anales de Psicología, 15 (2),261-268.
- Gil-Monte, P., Carretero, N., Roldán, M.D. y Núñez-Román, E.M. (2005). *Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 21 (1- 2), 107-123.
- Giraldo Giraldo, Aurora Marlene; Manrique Pérez, Celestina; Torres Chávez, Lizbeth. *Maltrato familiar en las adolescentes*. Tesis por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Lima, Perú, 2007.
- Gómez-Dantés, Héctor; Vázquez-Martínez, José Luis; Fernández-Cantón, Sonia B. *La violencia en las mujeres usuarias de los servicios de salud en el IMSS y la SSA*. En Salud Pública de México / vol.48, suplemento 2 de 2006.
- Gómez Etxebarria, G. (2009). *Manual para la formación en Prevención de riesgos Laborales*. Especialidad de Ergonomía y psicología Aplicada. Ed. CISS.
- Gómez Etxebarria, G. (2012). *Manual de prevención de riesgos y salud laboral en los centros docentes*. Las Rozas (Madrid): Wolters Kluwer.
- Greiner, B. (1998). *Der Gesundheitsbegriff*. En Bamberg, E. Ducki, A. y Metz, A.M. (1998) : *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (pp.39-59). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Gundersen, L. *Intimate-partner violence: the need for primary prevention in the community*. Ann Intern Med. 2002; 136: 637-40.

- Hakanen, J.J., Bakker, A.B. y Schaufeli, W.B. (2006). *Burnout and work engagement among teachers*. *Journal of School Psychology*, 43, 495-513.
- Halbesleben, J.R.B. y Demerouti, E. (2005). *The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory*. *Work and Stress*, 19, 208-220.
- Harwell, T.S.; Moore, K.R; Spence, M.R. (2003). *Physical violence, intimate partner violence, and emotional abuse among adult American Indian men and women in Montana*. *Prev Med*. 37:297-303.
- Henoa Escobar, Juanita. (2005). *La prevención temprana de la violencia: una revisión de programas y modalidades de intervención*. En Univ. Psychol. Bogotá (Colombia) 4(2): 161-177, julio a setiembre.
- Híjar Medina, Martha; Flores Regata, Lili; Valdez Santiago, Rosario; Blanco, Julia. *Atención médica de lesiones intencionales provocadas por la violencia familiar*. En *Salud Pública de México* / Vol.45, N°.4, julio-agosto de 2003, pp. 252-258.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT]. (2007). Informe V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; Disponible en: http://www.mtas.es/insht/statistics/enct_5.htm.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud [ISTAS]. (2010). Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 1.5) para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales para empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras. Disponible en http://www.istas.net/copsoq/ficheros/documentos/manual_metodo.pdf
- Juárez García, Arturo. *Factores Psicosociales Relacionados con la Salud Mental en Profesionales de Servicios Humanos en México*. *Ciencia & Trabajo* | AÑO 6 | NÚMERO 14 | OCTUBRE/DICIEMBRE 2004|.
- Irazoque, Eiza y Hurtado, Margareth. *Violencia conyugal y trastornos de personalidad*. *Violencia conyugal y trastornos de personalidad*, 2002, Vol. I, Año 1, Universidad Católica Boliviana.
- Kankare, E., Geneid, A., Laukkanen, A.M. y Vilkmán, E. (2012). *Subjective evaluation of voice and working conditions and phoniatic examination in kindergarten teachers*. *Folia Phoniatica et Logopaedica*, 64, 12-19.
- Keenan, K. (2002, Junio 3). *The development and socialization of aggression during the first five years of life*. En R. E. Tremblay, R. G. Barr, RdeV Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado el 25 de enero de 2005 de <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/KeenanANGxp.pdf>.
- Klevens, J. (2000b). *Estrategias para la prevención temprana de la violencia en niños*. Medellín: Alcaldía de Medellín, Programa de Convivencia Ciudadana, Secretaría de Educación y Cultura.

- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R, editors. (2002). *World report on violence and health*. Genève: World Health Organisation.
- Labrocca, M.; Méndez, R. (2001). *Una aproximación al burnout: estudio comparativo del caso particular de los asistentes sociales del poder judicial de la provincia de Buenos Aires con asiento en las ciudades de Mar de Plata y Bahía Blanca*. Sociedad Argentina de Medicina del Estrés. Primer Congreso Argentino de Medicina del Estrés. Newsletter "Estrés y Salud". 6. Disponible en el World Wide Web: <<http://www.sames.org.ar/volumenVI.html>>.
- Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2004). *La organización del trabajo y el estrés*. Nottingham: Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Llorente, M. V., Chaux, E. & Ribero, R. (2005). *Violencia en las familias colombianas. Costos socioeconómicos, causas y efectos*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Banco Interamericano de Desarrollo y Universidad de los Andes.
- Martin Ayala, J.L. y De Paul Ochotorena, J. (2004). *Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas*. En *Psicothema*, volumen 16, N° 1, pp. 45-49.
- Martín García, Jesús; Luceño Moreno, Lourdes; Jaén Díaz, Marian y Rubio Valdehita, Susana. *Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente*. Universidad Complutense de Madrid *Psicothema* 2007. Vol. 19, nº 1, pp. 95-101.
- Maslach, C. (2004). *The relation between work environment and burnout*. In, *proceedings from the forum "The way we work and its impact in our health"*, UCLA, California USA.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M. (2001). *Job Burnout*. *Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mateus Sánchez, María Alejandra. *Intervenciones en prevención de la violencia intrafamiliar. Análisis del proceso de implementación en la localidad de Suba*. Tesis para obtener el grado de Magister en Política Social, por la Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales, Programa Maestría en Política Social, Bogotá, 2009.
- Matud, M.P., de Abona, M. y Matud, M.J. (2002). *Estrés laboral y salud en el profesorado: un análisis diferencial en función del género y del tipo de enseñanza*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3), 451-465.
- Medina M, Padilla G, Campillo S, Caraveo J, Corona J. 1983. *The factor structure of the GHQ: a scaled version for hospital's general practice service in México*. *Psych Med*; 13:355-361.
- Méndez-Hernández, Pablo; Valdez-Santiago, Rosario; Viniegra-Velázquez, Leonardo; Rivera-Rivera, Leonor y Salmerón-Castro, Jorge. *Violencia contra la*

mujer: conocimiento y actitud del personal médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelos, México. En Salud Pública de México / vol.45, No.6, noviembre-diciembre de 2003: pp. 472-482.

- Moreno Manso, Juan Manuel. (2001). *Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de maltrato infantil.* Tesis doctoral, Facultad de Educación, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación, Universidad de Extremadura, España.
- Nerière, E., Vercambre, M.N., Gilbert, F. y Kovess-Masféty, V. (2009). Voice disorders and mental health in teachers: a cross-sectional nationwide study. *BMC Public Health*, 9, 370-378. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/471-2458/9/370>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Violencia y salud. Documento CD37. R19 del Consejo Directivo. Washington: OPS, septiembre-octubre 1993. [on line], [consultado: abril 19 de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/GOV/CD/ftcd_37.htm#R19
- Ouweneel, E., Le Blanc, P.M., Schaufeli y Van Wijhe, C. (2012). *Good morning, good day: A diary study on positive emotions, hope, and work engagement.* *Human Relations* 65 (9), 1129 - 1154.
- Parra, Manuel. *Conceptos básicos en salud laboral.* Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2003. ISBN 92-2-314230-X
- Pico-Alfonso, M.A.; García-Linares, M.I.; Celda-Navarro, N.; Herbert, J.; Martínez, M. (2004). *Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence.* *Biol Psychiatry*; 56:233-240.
- Pinheiro, Paulo Sergio. *Informe Mundial sobre la violencia contra los niños y niñas, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños.* Nueva York: Naciones Unidas. 2006. [on line] Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/5036.pdf>
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz Pérez, I. (2004). Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Med Clin (Barc)*. 122:461-7.
- Poyer Mejía, Peggy Carolina. Propuesta de un modelo de gestión de seguridad y salud laboral para la gerencia comercial de una institución de servicios integrales de canalización y afines. Tesis, 2009, Universidad de Oriente núcleo de Anzoátegui Escuela de Ingeniería y Ciencias Aplicadas, Departamento de Sistemas Industriales.
- Pyhälto, K., Pietarinen, J. y Salmela-Aro, K. (2011). *Teacher-workingenvironment fit as a framework for burnout experienced by Finnish teachers.* *Teachers and Teaching: Education*, 27,1101-1110.
- Ramos Lira, Luciana; Saltijeral Méndez, María Teresa; Romero Mendoza, Martha; Caballero Gutiérrez, Miguel Ángel; Martínez Vélez, Nora Angélica. *Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de*

- salud*. En *Salud Pública de México* / vol.43, no.3, mayo-junio de 2001. 43:182-191.
- Richardson, J.; Coid, J.; Petruckevitch, A.; Chung, W.S.; Moorey, S.; Feder, G. *Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care*. *BMJ*. 2002; 324:274-277.
- Rodríguez Canales, Fredy Fernando. *Características psicosociales de los trabajadores de la región de salud de Huancavelica frente a la prevención de la violencia familiar*. Tesis para optar el grado académico de magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Post Grado, Lima, Perú, 2002.
- Rodríguez, Guacimara; Camacho, Juan; Rodrigo, María José; Martín, Juan Carlos y Maiquez, María Luisa. *Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias de servicios sociales municipales*. En *Psicothema*, 2006. Volumen 18, N° 2, pp. 200-206.
- Rondón Benavente, Carol Vianney. *Análisis del trabajo infantil y del adolescente en la legislación peruana, 2006*. Tesis por la Universidad Católica de Santa María, Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas, Programa Profesional de Derecho.
- Ruiz, J. (2003). *Compromiso con el trabajo y burnout en organizaciones penitenciarias: algunos datos empíricos*. Universidad Nacional de Colombia. Disponible en el World Wide Web: <<http://www.psicologíajurídica.org>>.
- Ruiz Pérez, Isabel; Plazaola Castaño, Juncal; Blanco Prietob, Pilar; González Barrancoc, Juana María; Ayuso Martínd, Pilar; Montero Piñare, María Isabel y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género. *La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria*. En *Gac Sanit*. 2006; 20(3):202-808.
- Sandi, C.; Venero, C.; Cordero, M.I. (2001). *Estrés, memoria y trastornos asociados*. Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Sandoval Casilimas, Carlos A. *Investigación cualitativa*. Santafé de Bogotá: ICFES, 1997. Obra completa: Especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social, módulo 4. p. 32-33.
- Sauceda García, Juan Manuel. *La salud mental y la violencia familiar dirigida al menor*. En *Gaceta Médica de México*, Vol.138 No. 2, 2002.
- Soini, T., Pyhältö, K., y Pietarinen, J., (2010). *Pedagogical well-being: reflecting learning and well-being in teachers' work*. *Teachers and Teaching: Theory and practice* 16(6), 735–751
- Soto Romero, Glorimar. *El estado como garante de los derechos fundamentales de las mujeres en Venezuela bajo el marco de la nueva ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Tesis doctoral, 2013, Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Derecho, Departamento de Derecho Político.

- Steinhardt, M. A., Smith, S.E., Faulk, K.E. y Gloria, C.T. (2011). *Chronic work stress and depressive symptoms: Assessing the mediating role of teacher burnout*. *Stress and Health*, 27,420-429.
- Tremblay, R. (2002, Diciembre 19). *Development of physical aggression from early childhood to adulthood*. En R. E. Tremblay, R. G. Barr, RdeV Peters (Eds.), *Encyclopedia on Early Childhood Development*. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development. Recuperado el 25 de enero de 2005 de <http://www.excellence-earlychildhood.ca/documents/TremblayANGxp.pdf>
- Vargas Vásquez, Raquel. *Experiencias de violencia intrafamiliar en estudiantes de la Universidad Nacional de Colombia*. 2014, Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Doctorado Interfacultades en Salud Pública, Bogotá, Colombia.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J.J. y Gómez, D. (2009). *Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva*. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5,15-28
- Velázquez-Arellano, Antonio. *Aspectos genéticos de la violencia humana*. En *Gaceta Médica de México*, volumen 138, N°2, 2002.
- Yager, J.; Gitlin, M.J. *Clinical manifestations of psychiatric disorders. Disturbances of mood*. En: Kaplan, Sadock. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000. p. 789-823.
- Zarza González, María José. (Septiembre, 2001). *Estudio de prevalencia y de factores psicosociales asociados a la violencia doméstica y familiar*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma.
- Zarza González, María José y Froján Parga, María Xesús. *Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos*. En *Anales de Psicología*, 2005, volumen 21, N° 1 (junio), pp.18-26.
- Zuazo-Olaya, Norka. *Causas de la desintegración familiar y sus consecuencias en el rendimiento escolar y conducta de las alumnas de segundo año de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima de Piura*. 2013, Tesis presentada para optar el grado de Maestría en Educación, por Universidad de Piura. Facultad de Ciencias de la Educación.

APENDICE A:

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Salud Pública

CUESTIONARIO: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SALUD LABORAL

El presente cuestionario tiene el propósito de recoger información correspondiente al desarrollo de una tesis de maestría, relacionada con la violencia intrafamiliar y salud laboral en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014. En este sentido, agradecemos anticipadamente la honestidad expresada en sus respuestas, dada la seriedad exigida por la presente investigación.

I. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA: Marque con una “X” el número que corresponda a su respuesta.

1. Género

Masculino (1)

Femenino (2)

2. Edad del encuestado

Menos de 20 años (1)

De 21 a 24 años (2)

De 25 a 29 años (3)

De 30 a 34 años (4)

De 35 a 39 años (5)

De 40 a 44 años (6)

De 45 a 49 años (7)

De 50 a 54 años (8)

De 55 a 59 años (9)

Más de 59 años (10)

3. Nivel de estudios del paciente encuestado

Primaria (1)

Secundaria (2)

Superior no universitario (3)

Superior universitario (4)

4. Nivel de estudios del padre del paciente encuestado

Primaria (1)

Secundaria (2)

Superior no universitario (3)

Superior universitario (4)

5. Nivel de estudios de la madre del paciente encuestado

Primaria (1)
 Secundaria (2)
 Superior no universitario (3)
 Superior universitario (4)

6. Región de procedencia del encuestado

Costa (1) Sierra (2) Selva (3) Extranjero (4)

7. Región de procedencia del padre del paciente encuestado

Costa (1) Sierra (2) Selva (3) Extranjero (4)

8. Región de procedencia de la madre del paciente encuestado

Costa (1) Sierra (2) Selva (3) Extranjero (4)

9. Condición ocupacional del paciente encuestado

Profesional (1)
 No profesional (2)

10. Condición ocupacional del padre del paciente encuestado

Profesional (1)
 No profesional (2)

11. Condición ocupacional de la madre del paciente encuestado

Profesional (1)
 No profesional (2)

12. Número de hijos del paciente encuestado

Uno (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) más de 4 (5)

13. Número de hermanos del paciente encuestado

Uno (1) Dos (2) Tres (3) Cuatro (4) más de 4 (5)

14. Estado civil del paciente encuestado

Casada (1) Conviviente (2) Separada (3) Divorciada (4) Viudo (5)

15. Estado civil del padre del paciente encuestado

Casada (1) Conviviente (2) Separada (3) Divorciado (4)
Viudo (5)

16. Estado civil de la madre del paciente encuestado

Casada (1) Conviviente (2) Separada (3) Divorciada (4)
Viuda (5)

II. INFORMACIÓN SOBRE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN: VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y SALUD LABORAL.

Cada ítem tiene cinco posibilidades de respuesta. Marque con una **X** solamente un número de la columna correspondiente a su respuesta

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
	ITEMS				
	Violencia intrafamiliar				
	Violencia física				
	1	2	3	4	5
1	Castigo con correa a mi hijo.				
2	Castigo con sog a mi hijo.				
3	Castigo con vara a mi hijo.				
4	Castigo con la mano a mi hijo.				
5	Castigo con la mano a mi pareja.				
6	Empujo a mi pareja.				
7	Doy bofeteo a mi pareja.				
8	Jalo de los cabellos a mi pareja.				
9	Jalo de los cabellos a mi hijo.				
	Violencia verbal				
	1	2	3	4	5
10	Insulto verbalmente a mi hijo.				
11	Insulto verbalmente a mi pareja.				
12	Maltrato verbalmente a mi hijo.				

13	Maltrato verbalmente a mi pareja.					
14	Desprecio verbalmente a mi hijo.					
15	Desprecio verbalmente a mi pareja.					
16	Omito valorar verbalmente las acciones de mi hijo.					
17	Omito valorar verbalmente las buenas acciones de mi pareja.					
18	Realizo expresiones humillantes a mi hijo.					
19	Realizo expresiones humillantes a mi pareja.					
20	Realizo expresiones sarcásticas a mi hijo.					
21	Realizo expresiones sarcásticas a mi pareja.					
22	Manifiesto expresiones de burlas hacia mi hijo.					
23	Manifiesto expresiones de burlas hacia mi pareja.					
	Violencia psicológica	1	2	3	4	5
24	Manifiesto expresiones de reproches hacia mi hijo.					
25	Manifiesto expresiones de reproches hacia mi pareja.					
26	Realizo amenazas a mi hijo.					
27	Realizo amenazas hacia mi pareja.					
28	Muestro desprecio a las opiniones de mi hijo.					
29	Muestro desprecio a las opiniones de mi pareja.					
30	Realizo un desprecio a las tareas de mi hijo.					
31	Realizo desprecio a las tareas de mi pareja.					
32	Muestro indiferencia a las necesidades de mi hijo.					
33	Muestro indiferencia a las necesidades de mi pareja.					
	Violencia sexual					

		1	2	3	4	5
34	Realizo falta de respeto de mi pareja según mi voluntad sexual.					
35	Realizo falta de respeto de mi pareja según mi disposición sexual.					
36	Mi pareja no se preocupa por mi satisfacción sexual.					
37	Con mi pareja sostengo relaciones sexuales forzadas.					
38	Las relaciones sexuales con mi pareja se dan sin consentimiento.					
39	Las relaciones sexuales con mi pareja se dan dentro de los periodos menstruales.					
40	Las relaciones sexuales con mi pareja se dan en contra natura.					
	Violencia económica	1	2	3	4	5
41	Mi pareja no cumple con los alimentos para mis hijos.					
42	Mi pareja no compra ropa para mis hijos.					
43	Mi pareja no lleva al médico a mis hijos.					
44	Mi pareja no le da propina a mis hijos.					
45	Mi pareja no le compra juguetes a mis hijos.					
	Salud laboral					
	Percepción laboral	1	2	3	4	5
46	Percibo las ordenes de los jefes a sus subordinados.					
46	Percibo las imposiciones de los jefes hacia los subordinados					
47	Percibo las exigencias desmesuradas de los jefes hacia sus subordinados.					
48	Percibo los tratos indebidos de los jefes hacia los subordinados.					
49	Percibo el abuso de los jefes contra los subordinados.					
50	Percibo intolerancia de los jefes a los subordinados.					
51	Percibo el desprecio de los subordinados hacia los jefes					
52	Percibo la persecución de los jefes contra sus subordinados.					
53	Percibo rivalidad entre los trabajadores.					
54	Percibo intolerancia de los trabajadores.					
55	Percibo enemistad de los trabajadores.					

56	Percibo falta de compañerismo entre los trabajadores.					
57	Percibo falta de solidaridad entre los trabajadores.					
58	Percibo alteración emocional en los trabajadores.					
	Sentimientos laborales	1	2	3	4	5
59	Experimento sentimientos de impotencia laboral.					
60	Experimento sentimientos de resignación laboral.					
61	Experimento sentimientos de imposibilidad laboral.					
62	Experimento sentimientos de conformismo laboral.					
63	Experimento sentimientos de aislamiento laboral.					
64	Experimento sentimientos de indiferencia laboral.					
65	Experimento sentimientos de nostalgia laboral.					
66	Experimento sentimientos de insatisfacción laboral.					
67	Experimento sentimientos de rebeldía laboral.					

¡Muchas gracias por su colaboración!

APENDICE B:

MATRIZ DE INSTRUMENTAL

Título	VARIABLES	Dimensiones	Indicadores	Fuente de información	Instrumento
Violencia intrafamiliar y salud laboral, en el Hospital "José Agurto Tello" de Chosica, 2014	Violencia Intrafamiliar	Violencia física	Castigo con la correa al hijo	Madres trabajadoras del Hospital	Cuestionario
			Castigo con la soga al hijo		
			Castigo con una vara al hijo		
			Castigo con la mano al hijo		
			Golpe con la mano a la pareja		
			Golpe con una cosa a la pareja		
			Empujones a la pareja		
			Bofeteada a la pareja		
			Jalón de los cabellos a la pareja		
			Jalón de los cabellos al hijo		
		Insultos verbales a los hijos	Madres trabajadoras del Hospital	Cuestionario	
					Insultos verbales a la pareja
					Maltrato verbal a los hijos

		Violencia verbal	Maltrato verbal a la pareja		
			Desprecio verbal a los hijos		
			Desprecio verbal a la pareja		
			Omisión de reconocimiento verbal a los hijos		
			Omisión de reconocimiento verbal a la pareja		
			Expresiones humillantes a los hijos		
			Expresiones humillantes a la pareja		
			Expresiones sarcásticas a los hijos		
			Expresiones sarcásticas a la pareja		
			Expresiones de burlas a los hijos		
		Expresiones de burlas a la pareja			
		Violencia psicológica	Expresiones de reproches a los hijos	Madres trabajadoras del Hospital	Cuestionario
			Expresiones de reproches a la pareja		
			Insultos a los hijos		
			Insultos a la pareja		
Amenazas a los hijos					

			Amenazas a la pareja		
			Desprecio a las opiniones de los hijos		
			Desprecio a las opiniones de la pareja		
			Desprecio a las tareas de los hijos		
			Desprecio a las tareas de la pareja		
			Indiferencia a las necesidades de los hijos		
			Indiferencia a las necesidades de la pareja		
		Violencia sexual	Falta de respeto a la voluntad sexual de la pareja		
			Falta de respeto a la indisposición sexual de la pareja		
			No piensa en la satisfacción sexual de la pareja		
			Relaciones sexuales forzadas		
			Relaciones sexuales sin consentimiento de la pareja		
			Relaciones sexuales dentro de los periodos menstruales		
			Relaciones sexuales contranatural		
			No le compran sus alimentos a sus hijos		

		Violencia económica	No le compran ropa a sus hijos		
			No le llevan al médico a sus hijos		
			No le dan propina a sus hijos		
			No compran juguetes a sus hijos		
	Salud laboral	Percepción laboral	Percepción de órdenes de los jefes sobre los subordinados	Madres trabajadoras del Hospital	Cuestionario
			Percepción de imposiciones de los jefes sobre los subordinados		
			Percepción de exigencias desmesuradas de los jefes sobre los subordinados		
			Percepción de tratos indebidos de los jefes a los subordinados		
			Percepción de abusos de los jefes contra los subordinados		
			Percepción de intolerancia de los jefes a los subordinados		
			Percepción de desprecio de los jefes a los subordinados		
			Percepción de persecución de los jefes contra los subordinados		

			Percepción de la rivalidad de los trabajadores		
			Percepción de la intolerancia de los trabajadores		
			Percepción de la enemistad laboral de los trabajadores		
			Percepción de la falta de compañerismo de los trabajadores		
			Percepción de la falta de solidaridad de los trabajadores		
			Percepción de la alteración emocional de los trabajadores		
		Sentimientos laborales	Sentimientos de impotencia laboral	Madres trabajadoras del hospital	Cuestionario
			Sentimientos de resignación laboral		
			Sentimientos de imposibilidad laboral		
			Sentimientos de conformismo laboral		
			Sentimientos de aislamiento laboral		
			Sentimientos de indiferencia laboral		
			Sentimientos de nostalgia laboral		
			Sentimientos de insatisfacción laboral		
			Sentimientos de rebeldía laboral		

APÉNDICE C

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Planteamiento del problema	Objetivos	Hipótesis	Diseño	Conceptos centrales
Violencia intrafamiliar y salud laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014	<p>General</p> <p>¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar con la salud laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014?</p>	<p>General</p> <p>Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con la salud laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p>	<p>General</p> <p>La violencia intrafamiliar tiene una relación significativa con la salud laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p>	Descriptivo, correlacional y transeccional	Violencia intrafamiliar Violencia física Violencia verbal Violencia psicológica Violencia económica Salud laboral Percepción laboral Sentimientos laborales
	<p>Específicos</p> <p>1. ¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación de la violencia intrafamiliar con los sentimientos laborales, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014?</p>	<p>Específicos</p> <p>1. Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con la percepción laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p> <p>2. Determinar la relación de la violencia intrafamiliar con los sentimientos laborales, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p>	<p>Específicas</p> <p>1. La violencia intrafamiliar tiene una relación significativa con la percepción laboral, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p> <p>2. La violencia intrafamiliar tiene una relación significativa con los sentimientos laborales, en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, 2014</p>		

APÉNDICE D

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO