



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/133.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Sentido de coherencia en adolescentes con experiencia de violencia de género en sus relaciones de pareja**
Autores Irene Agea Cano, Fátima Garrido Ceacero
Centro/institución Servicio Andaluz de Salud (SAS)
Ciudad/país Jaén, España
Dirección e-mail iageacano@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Antecedentes y estado actual del tema

La violencia de género se definió por la Organización de Naciones Unidas (ONU), en 1995 como: "Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada¹".

Según la Organización mundial de la salud (OMS) en 2013, el impacto de la violencia de género en la salud psicológica, aumenta la probabilidad de sufrir depresión, casi el doble que en las mujeres que no han sufrido violencia de pareja².

La Agencia Europea de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), en su reciente macro-encuesta sobre violencia de género, estima que un 43% de las mujeres han experimentado alguna forma de *violencia psicológica* por su pareja³. En torno al 12% de las encuestadas indicaron haber experimentado alguna agresión o incidente sexual por parte de un adulto antes de los 15 años de edad, de las cuales, sólo el 14% denunciaron³.

En España, hubo 54 muertes de mujeres por violencia de género en 2013; un 3.7% del total de las víctimas, fueron mujeres con edades comprendidas hasta los 20 años de edad⁴.

Según el último informe del Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), la proporción de víctimas mortales que no interpusieron denuncia ha aumentado del 76,4% en 2011 al 80% en 2012⁵. Se destaca a nivel global el número de retiradas de acusación por parte de la víctima, alcanzando su cifra más alta en 2012. Se observa además, un aumento del porcentaje de víctimas mortales, que habían reanudado la convivencia con su agresor (7,69%)⁵.

El eje central del sentido de coherencia (SOC) surge de la orientación positiva hacia la salud y está fundamentado en tres grandes pilares: el modelo salutogénico, la mencionada orientación positiva de la salud, específicamente desde lo mental, y el ciclo vital⁶.

El modelo salutogénico apareció en la década de los 70 como alternativa al modelo biomédico y se basa en la identificación y promoción de estrategias para recuperar, mantener u optimizar la salud. Antonovsky en 1987, creó la Salutogénesis como una teoría y perspectiva investigadora, caracterizada por la búsqueda del origen de la salud, anteponiéndose de esta forma al actual modelo -que busca el motivo de la enfermedad^{6,7}.

Siguiendo esta perspectiva, como respuesta de afrontamiento, Antonovsky definió el sentido de coherencia como una disposición personal hacia la valoración de las experiencias vitales como comprensibles, manejables y llenas de significado⁶.

Según Antonowky, un elevado nivel de SOC se relaciona significativamente con la recuperación de estados depresivos, un mayor nivel de funcionamiento en población general y una menor mortalidad por cualquier causa. Los individuos con SOC elevado tienen menor riesgo de percibir tanto situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud; la percepción de controlabilidad, tiene efectos fisiológicos protectores, y las personas con SOC alto tienen una mayor probabilidad de adoptar conductas y estilos de vida saludables^{6,8}.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “La salud mental ha sido conceptualizada de manera diversa como una emoción positiva, tal como sentimientos felicidad, incluso un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad⁹”.

Se ha comprobado que el sentido de la coherencia puede contribuir significativamente al bienestar físico, la salud mental y la calidad de vida, e influir mucho más que ciertos rasgos de la personalidad individual, como el temperamento o la inteligencia⁸.

El tema que aquí nos ocupa, la violencia de género, atenta contra los derechos humanos de la mujer, y es considerada un grave problema de salud pública por su magnitud y su impacto en todas las esferas de la vida¹⁰.

Se ha relacionado un bajo nivel de sentido de coherencia, con un aumento en los síntomas físicos y mentales comunes, en mujeres víctimas de violencia de género^{11,12}.

Los efectos negativos en la salud mental de mujeres víctimas de violencia de género, han sido estudiados durante los últimos años, pero no se ha profundizado suficientemente en mecanismos de afrontamiento como el sentido de coherencia.

Objetivos

El propósito de este proyecto es examinar las estrategias de afrontamiento psicológicas ante la violencia de género en mujeres adolescentes y su relación con el sentido de coherencia, tras el cese de la relación violenta.

Metodología

El abordaje del estudio se realizará de forma cualitativa. Por una parte, se examinarán las estrategias de afrontamiento, usando como fuentes de información la técnica de grupos focales. Por otra, se determinará el sentido de coherencia de forma cuantitativa mediante el cuestionario SOC-13 de Antonovsky, validado en población joven y aplicable tanto en plano individual, grupal y social, independientemente de la cultura o contexto étnico en el que se desarrolle⁷.

La población de estudio serán mujeres hasta los 20 años de edad residentes en la provincia de Jaén (España), con antecedentes de violencia de género, considerando estos aspectos como criterios de inclusión. Se excluirán aquellas mujeres que presenten discapacidad psíquica, barrera idiomática y/o continúen con dicha relación de pareja.

La selección de participantes se hará por muestreo intencionado, en las unidades de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la Junta de Andalucía en Jaén. Se propondrá la participación en el estudio y se solicitará consentimiento informado. El número de grupos focales necesario para este estudio vendrá determinado por el principio de saturación teórica (redundancia de información).

La investigadora colaboradora administrará los cuestionarios de forma previa a la realización de los grupos focales, para evitar condicionamientos en sus respuestas. Se determinará el sentido de coherencia de las participantes a través del cuestionario SOC-13 de Antonowsky compuesto por 13 preguntas, que puntúan mediante una escala tipo likert de 1 a 7 puntos. Consta de tres dimensiones relacionadas teórica y empíricamente; la corresponsabilidad, la manejabilidad y la significatividad, que nos permitirán abordar y valorar de una forma más amplia a las adolescentes encuestadas.

Los grupos focales se constituirán con 4-12 personas, con el objetivo de explorar los temas relacionados con el estudio. Las preguntas irán de temas generales a específicos. Se usarán habilidades que faciliten la intervención e interacción de los participantes. Esta técnica se consideró adecuada para explorar puntos de vista sobre las estrategias de afrontamiento en la violencia de género¹³.

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de los resultados obtenidos mediante los grupos focales. Inicialmente, se realizará la transcripción de los datos recogidos en forma de narraciones, para seguir un proceso de codificación de los datos, en base a sus significados. De esta forma surgirán las categorías referidas a las diferentes estrategias utilizadas por cada grupo.

Se realizará un análisis descriptivo de los resultados del cuestionario, expresando los datos cuantitativos en medias y desviaciones estándar y los datos cualitativos expresados en porcentajes. Se tratará de dar una visión global del fenómeno, que aporte conocimiento al tema de estudio.

Para asegurar la fiabilidad o replicabilidad de este estudio, se estandarizarán los registros, partiendo de una categorización ya elaborada y se describirán los procedimientos de análisis utilizados.

En cuanto a la validez de las categorías de este estudio como categorías reales de la experiencia humana, se seguirán los procesos de triangulación, saturación y validez respondente. La triangulación se hará comparando el resultado obtenido por cada investigadora tras el análisis de los datos. En la validez respondente o negociación, se contrastarán los puntos o resultados obtenidos por el investigador con los de las propias participantes. Por último, mediante la saturación, se revisará el proceso de investigación practicado, de forma exhaustiva.

Se solicitará autorización al Comité de Ética de Andalucía.

Plan de Trabajo

El plan de trabajo se desarrollará como se describe a continuación, en la tabla 1. se han estructurado las fases del plan de trabajo.

El equipo investigador realizará una búsqueda bibliográfica sobre el tema de estudio en las bases de datos de ciencias de la salud, diseñará el protocolo de investigación, que revisará y aprobará para su puesta en marcha.

La investigadora principal (IP) solicitará autorización al comité de Bioética de Andalucía. Una vez obtenido informe favorable del mismo, contactará con los centros de atención a mujeres víctimas de violencia de género de la provincia de Jaén. La investigadora colaboradora (IC) realizará la selección de participantes en función de los criterios de inclusión. Se citará a las participantes que firmarán el consentimiento informado para su participación en el estudio. La investigadora colaboradora administrará los cuestionarios. El número final de grupos focales se repartirá entre las dos investigadoras, de manera que cada una dirigirá un grupo focal diferente y procederá a la recogida de datos del mismo. Se llevará a cabo la triangulación de los datos con el análisis de los mismos por parte de ambas investigadoras. Los resultados y conclusiones obtenidos se difundirán en los medios de información científica que se consideren.

Tabla 1. Fases del Plan de trabajo de investigación

Búsqueda bibliográfica	IC	Sep.2014
Puesta en común del protocolo al equipo investigador	IP, IC	
Solicitud de permisos (comité ética, centros fuentes de participantes...)	IC	Oct.2014
Reclutamiento de participantes	IP,IC	
Realización de Grupos focales y cuestionarios	IP, IC	Nov.2014 a Dic.2014
Análisis de Resultados	IP	Ene.2015
Difusión de resultados	IP	Febr.2015

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas (ONU). 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. [Online]. [consulta: 12 de enero, 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y sus efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. 2013 [Online], [consulta: 17 de enero, 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/violence_against_women_20130620/es/.
3. European Union Agency for Fundamental Rights (FRA). Violence against women an EU-wide survey. 2014 [Online], [consulta: 10 de marzo, 2014]. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/vaw-survey>.
4. Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad Servicios sociales e Igualdad. 2014 [Online], [consulta: 22 de abril, 2014] Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>.
5. Consejo General del Poder Judicial. Memoria del Fiscal General del Estado. Madrid: Ministerio de Justicia, Centro de Estudios Jurídicos 2013. [Consulta: 14 de marzo, 2014] <http://www.fiscal.es/cs/Satellite?blobcol=urldata...pdf...>
6. Palacios-Espinosa X, Restrepo-Espinosa MH. Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿una alternativa para abordar el tema de la salud mental? Informes Psicológicos. 2008; 10(11): 275-300.
7. Antonovsky A. Untravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
8. Antonovsky A. Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being San Francisco: Jossey- Bass; 1979.
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. 2004 [Online]. [consulta: 20 de marzo, 2014]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
10. Organización de Naciones Unidas(ONU). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)1993. [Online] [consulta: 14 de marzo, 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>.
11. Fierro-Hernández C, Jiménez Rodríguez J. Bienestar, variables personales y afrontamiento en jóvenes universitarios. Escritos de Psicología. 2002; 6:85-91.
12. Krantz G, Ostergren P. The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. J Epidemiol Community Health. 2000 Noviembre; 54(11): 815-821.

13. Tong A, Sainsbury P, Craigh J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6): 349-357.